



UNIVERSIDADE DE ÉVORA/ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS; INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE; INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE; INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE; INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Autocuidado na diabetes mellitus tipo II e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano

Orientação: Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco|

Rute Sofia Madruga Pereira Sadio

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA/ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS; INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE; INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE; INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE; INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Autocuidado na diabetes mellitus tipo II e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano

Orientação: Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco|

Rute Sofia Madruga Pereira Sadio

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



Autocuidado na diabetes tipo II e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano |

“A diferença entre uma pessoa de sucesso e as outras não é falta de força, nem a falta de conhecimento, mas particularmente a falta de determinação.”

Vince Lombardi

RESUMO

Em Portugal 40,7% da população tem diabetes, estando relacionado com o aumento da taxa de envelhecimento da estrutura etária da população e sendo considerado um desafio de saúde pública. Por sua vez, os programas de combate à Diabetes incidem na prevenção primária ao nível do autocuidado e englobam nas intervenções a gestão de stress.

Este relatório visa descrever todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, em particular, o projeto de intervenção sobre o autocuidado na diabetes mellitus tipo 2 (nomeadamente alimentação e exercício físico) e a vulnerabilidade ao stress nos idosos da UCSP. O mesmo foi realizado e implementado tendo como base a metodologia do planeamento de saúde.

No trabalho é também feita uma análise e reflexão das atividades desenvolvidas com vista à obtenção de competências de especialista em enfermagem, especificamente no âmbito da saúde comunitária, saúde pública e a aquisição de competências de mestre.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado e Stress Psicológico.

Self-care in type II diabetes and vulnerability to stress in the Elderly of a Northern Alentejo UCSP

In Portugal, 40.7% of the population has diabetes, and is related to the increase in the aging rate of the age structure of the population and is considered a public health challenge. Diabetes programs, in turn, focus on primary prevention in terms of self-care and include stress management interventions.

This report aims to describe all the activities developed during the internship, in particular the intervention project on self-care in type 2 diabetes mellitus (namely food and physical exercise) and stress vulnerability in the elderly of UCSP. The same was done and implemented based on the methodology of health planning.

In the work is also made an analysis and reflection of the activities developed with the aim of obtaining the skills of specialist in nursing, specifically in the field of community health, public health and the acquisition of master's skills.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Self-care and Psychological Stress.

AGRADECIMENTOS

Determinação é a palavra que me trouxe até aqui, na realização de um sonho, de um caminho nem sempre fácil, mas com muitos sucessos. Não foi uma jornada longa, ao fim de contas cerca de 1 ano e meio, mas foi intensa e só possível com a ajuda que tive das pessoas que fizeram parte deste processo e fazem parte da minha vida, sem elas não teria chegado aqui.

Assim agradeço aos meus filhos pela paciência que tiveram quando a mãe estava no computador e não podia brincar, mas também lhes peço desculpa por alguns momentos que não estive presente, acreditando que a realização deste sonho também será bom para eles futuramente. Passando para o meu marido, a pessoa que me apoiou incondicionalmente, que caminhou sempre ao lado, que me incentivou quando os momentos foram mais difíceis, tendo paciência e acreditando na minha capacidade, só com a sua ajuda foi possível chegar aqui. Aos meus pais e irmã que contribuíram diretamente para a realização deste relatório, que me deram força e apoio.

À minha orientadora Professora Doutora Helena Reis do Arco, que tive o privilégio de ter como orientadora nos estágios e elaboração do relatório, revelando sempre uma disponibilidade incondicional, apoio, sapiência, estímulo, permitindo o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu enfermeiro supervisor que possui conhecimentos e competências imprescindíveis para mim neste caminho, que me apoiou, ensinou e motivou.

Aos meus colegas, Ana Canhoto, Nuno e Nídia que estiveram sempre comigo, com paciência e disponibilidade. Ao Centro de Saúde, a todos os profissionais que me acolheram e colaboraram na concretização desta etapa.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho, pela compreensão, disponibilidade e amizade.

O meu sincero obrigada

ÍNDICE

	f.
ÍNDICE DE ANEXOS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	9
ÍNDICE DE QUADROS	10
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS	12
1. INTRODUÇÃO	14
I ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E A IMPORTANCIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	19
3. PERTINÊNCIA DO TEMA	22
4. A DIABETES	24
. 4.1 Epidemiologia da Diabetes	24
4.2 Tipos de Diabetes	28
4.3 Diagnóstico	30
4.4 Sintomas	30
4.5 Complicações	31
4.6 Tratamento	32
5. A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO E ENFERMAGEM DE CUIDADOS E A TEORIA COGNITIVO-SOCIAL DE BANDURA	33
6. O AUTO-CUIDADO NA DIABETES	35
7. STRESS E DIABETES	39
II ENQUADRAMENTO PRÁTICO	
8. ANÁLISE DO CONTEXTO	41
8.1 Caracterização do Local de Estágio	41
8.2 Caracterização da População	43
7.3 Caracterização da Amostra	45
8.4 Caracterização dos Instrumentos Utilizados	45
8.5 Diagnóstico da Situação	47
8.5.1 Problemas Identificados	55
8.5.2 Necessidades Determinadas	56

8.6 Definição de Prioridades	57
9. ANÁLISE REFLEXIVA DOS OBJETIVOS	57
9.1 Objetivos a Atingir Com a Amostra	59
10. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS	61
11. ANÁLISE RELEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES	64
12. COMUNICAÇÃO/ DIVULGAÇÃO DO PROJETO E SEGUIMENTO “FOLLOW UP” DO PROJETO	70
13. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	72
13.1 Avaliação dos Objetivos	73
13.2 Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas	75
13.3 Avaliação da Implementação do Projeto	76
14. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
14.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	78
14.2 Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	82
17.3 Competências de Mestre	86
15. CONCLUSÃO	89
16. BIBLIOGRAFIA	91
17. ANEXOS	101

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS

A	Autorização de Estágio	CII
B	Autorização do responsável do Centro de Saúde	CV
C	Autorização da comissão de ética da ULSNA	CVII
D	Autorização da CPND	CXI
E	Autorização da comissão de ética da UEVORA	CXIV
F	Escala de atividades de autocuidado com a diabetes SDSCA	CXVI
G	Autorização da autora para utilização da escala SDSCA	CXIX
H	Questionário 23 QVS	CXXI
I	Autorização do autor para utilização do questionário 23 QVS	CXXV

APÊNDICES

1.	Consentimento informado	CXXVII
2.	Questionário sociodemográfico	CXXXI
3.	EPS “Melhor comer, melhor viver”	CXXXIII
4.	EPS “Mexer é viver”	CXLI
5.	Cronograma	CXLVII
6.	Planificação da EPS “Melhor comer, melhor viver”	CXLIX
7.	Planificação da EPS “Mexer é viver”	CLII
8.	Artigo	CLV

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
1. Taxa de Prevalência da Diabetes Total – Diagnosticada	26

ÍNDICE QUADROS

	f.
1. Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com diabetes no Alentejo.	26
2. Prevalência da diabetes nas regiões do Continente	44
3. Internamentos devido à diabetes nas regiões do Continente	44
4. Médias de dias, valores máximos e mínimos de dias da escala de autocuidado com diabetes	52
5. Objetivos específicos, indicadores de atividade ou execução, atividades e metas	65
6. Planificação da sessão de educação para a saúde: “Melhor Comer, Melhor Viver”	66
7. Planificação da sessão de educação para a saúde: “Mexer é viver”	67
8. Planificação da atividade de exercício físico	69
9. Planificação da sessão de relaxamento	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f.
1. Pessoas com diabetes em Portugal	25
2. Internamento por Diabetes nas regiões de Portugal	27
3. Incidência de amputações major em diabéticos nas regiões de Portugal	27
4. Anos de vida potenciais perdidos por diabetes nas regiões de Portugal	28
5. População residente no Alto Alentejo	41
6. Sexo dos inquiridos	48
7. Idade dos inquiridos	49
8. Estado Civil dos inquiridos	49
9. Escolaridade do inquiridos	50
10. Tempo de evolução da DM II dos inquiridos	51
11. Tratamento dos inquiridos	51
13. Vulnerabilidade ao Stress	55

LISTAGEM DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% -	Percentagem
f. -	Folha
23 QVS -	Questionário de Vulnerabilidade ao Stress
ACES -	Agrupamento de Centros de Saúde
AGJ -	Anomalia da Glicémia em Jejum
APA -	American Psychological Association
APDP -	Associação Protetora de Diabéticos de Portugal
CAD -	Cetoacidose Diabética
CS-	Centro de Saúde
CIMAA -	Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo
CPND -	Comissão Nacional de Proteção de Dados
DCNT -	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DGS -	Direção Geral da Saúde
DM -	Diabetes Mellitus
DM II -	Diabetes Mellitus tipo II
EPE -	Entidade Pública Empresarial
EPS -	Educação Para a Saúde
HbA1c -	Hemoglobina Glicada
HTA -	Hipertensão Arterial
IDP -	Instituto do Desporto de Portugal
INS -	Inquérito Nacional de Saúde
INSEF -	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
NCD -	Doenças não-transmissíveis
OCDE -	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE -	Ordem dos Enfermeiros
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PTGO -	Prova de Tolerância à Glicose Oral
PND -	Plano Nacional de Diabetes
PNS-	Plano Nacional de Saúde

SDSCA -	Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure
SHNC -	Síndrome Hiperosmolar não Cetósico
SPD -	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
SPSS -	Statistical Product and Service Solutions
SNS -	Sistema Nacional de Saúde
TDG -	Tolerância Diminuída à Glicose
UCFD -	Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes
UCSP -	Unidades Cuidados de Saúde Primários
UE -	União Europeia
UEVORA -	Universidade de Évora
ULSNA -	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
WHO -	World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Este relatório resulta do percurso efetuado durante os estágios do I Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Évora, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, da Escola Superior de Saúde de Setúbal, da Escola Superior de Saúde de Beja e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco. Tem como base o estágio I, onde foi efetuado o diagnóstico de saúde e o projeto de intervenção realizado no início do estágio final, autorização em anexo A (as identificações nos anexos foram tapadas por questões de confidencialidade, mas os originais encontram-se guardados, caso seja necessária a consulta). Pretende-se com este trabalho por um lado descrever e proporcionar uma reflexão pormenorizada sobre as atividades desenvolvidas no decorrer de ambos os estágios e por outro, o desenvolvimento das atividades para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública, assim como as competências de mestre.

Quando se menciona as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, remete-se nomeadamente para: a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS); d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 128/2011). Desta forma permitindo adquirir e aprofundar conhecimentos desenvolveram-se competências na área da Enfermagem Comunitária centrada na relação interpessoal baseada na família e/ou comunidade, como refere a Ordem dos Enfermeiros (OE) o enfermeiro “assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes ..., proporcionando efetivos ganhos em saúde.” (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8648).

A escolha da temática central do projeto de intervenção na comunidade foi o autocuidado na diabetes mellitus tipo 2 e vulnerabilidade ao stress dos idosos e teve a orientação da Professora Doutora Helena Reis do Arco. A seleção do presente projeto está

relacionado com o tema estar inserido num programa prioritário para a UCSP e baseia-se num diagnóstico de situação realizado, previamente, pela mestranda, incidindo nas pessoas idosas com diabetes, ao nível do autocuidado e da vulnerabilidade ao stress. O projeto, tem por base o Plano Nacional de Saúde, nomeadamente o Programa de Saúde Prioritário, assim como o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, tendo sempre subjacentes as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de Saúde Pública.

Segundo dados da Sociedade Portuguesa Diabetologia (SPD, 2016) relativamente ao relatório anual do observatório nacional da diabetes, em Portugal 7,7 milhões de indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, 13,3% têm diabetes. O Envelhecimento em Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a aumentar, “em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017b:6), o índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 143,9%. Desta forma o aumento da diabetes está relacionado com o aumento da taxa de envelhecimento da população portuguesa. A prevalência da diabetes na população residente em Portugal com idades entre os 25 e 74, é de 9,8%, sendo superior à média europeia que é de 9,1% (Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico [INSEF], 2015, citado por DGS, 2017b), juntando a este fato a prevalência é mais elevada nas faixas etárias mais envelhecidas, entre os 65-74 anos apresenta-se de 23,8%.

Desta forma torna-se crucial que os profissionais de saúde, particularmente ao nível da enfermagem, incidam as suas intervenções, na população idosa especificamente na área das doenças não transmissíveis, como a diabetes mellitus (DM) porque constitui um grave problema de saúde pública a nível não só nacional, mas mundial, devido ao aumento da sua incidência, consequências, complicações, morbilidade e mortalidade. Segundo Boavida (2016:1), “a diabetes constitui hoje um dos maiores desafios da saúde pública” e “... a expansão epidémica da diabetes só poderá ser combatida com uma intervenção fundamentada na prevenção primária.”.

Para diminuir a incidência de complicações e conseqüente morbilidade e mortalidade é importante o enfermeiro incidir as suas intervenções a nível do autocuidado, particularmente como refere Almeida (2010), fazendo educações para a saúde, fornecendo informações sobre hábitos e estilos de vida, indo incidir a sua ação à necessidade demonstrada pela pessoa, desta

forma incluindo o autocuidado como meio de estratégia para o acompanhamento das pessoas nos cuidados de saúde primários. Como refere Coelho, Boas, Gomides, Foss-Freitas & Pace, (2015: 703), “... conscientizar as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 sobre a importância da mudança do estilo de vida nas atividades de autocuidado auxiliará na prevenção e/ou retardo das complicações, ..., além de contribuir para melhorar a qualidade de vida.” A World Health Organization (WHO, 2003), considera o autocuidado com a diabetes o pilar do controlo da mesma, “sendo fundamental a responsabilização da pessoa com diabetes e uma participação ativa na sua autovigilância, contribuindo para o sucesso do plano terapêutico”, grande parte dos cuidados que a diabetes requer são da responsabilidade da pessoa, precisando previamente de informação e empowerment.

Sabe-se que inicialmente as atividades com o autocuidado, como uma alimentação saudável, o exercício físico, a gestão/administração da medicação, a automonitorização da glicose, são mudanças no estilo de vida das pessoas, mudança de hábitos de uma vida, que pode acarretar uma carga significativa de stress (González, Valtier, Paz-Morales & Valenzuela, 2015). Posteriormente com uma alimentação saudável e prática de atividade física os níveis de stress são diminuídos, tendo as variáveis uma influência direta uma sob a outra, desta forma, segundo a American Diabetes Association in Boarolli, Ferreira, Bavaresco, Ceretta, Tuon, Simões, ... & Amboni (2015), as variáveis psicológicas e sociais, nomeadamente a gestão de stress, devem ser incluídas no tratamento da doença.

Face ao exposto além de todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio no Centro de Saúde, aprofundou-se esta atividade elaborando-se um projeto de intervenção com a abordagem na metodologia do planeamento em saúde, que é um meio auxiliar na tomada de decisão em saúde e no processo de gestão de prestação de cuidados à população. Desta forma, o planeamento em saúde é importante para planear a utilização de recursos, de forma eficaz e eficiente, para que os serviços de saúde possam ter uma resposta aos problemas e necessidades identificadas, reconhecendo com instrumentos específicos as prioridades das intervenções (Tavares, 1990).

O presente relatório organiza-se em duas partes distintas, contudo interdependentes.

A primeira parte refere-se ao Enquadramento Teórico constituída por oito capítulos. Primeiramente com a abordagem ao planeamento em saúde e a sua importância na realização do projeto; a seguir no segundo capítulo sobre a Enfermagem Comunitária e as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e os cuidados na comunidade; no terceiro capítulo contempla-se o Plano Nacional de Saúde e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; o quarto capítulo faz referência à Epidemiologia da Diabetes no Mundo, em Portugal e no Alto Alentejo; o quinto capítulo remete para a Diabetes, especificamente à sua etiologia e sintomatologia, ao seu diagnóstico, às suas complicações e tratamento; o sexto capítulo endereça as teorias que se encontram como suporte teórico deste projeto de intervenção, a teoria de enfermagem do défice de autocuidado de Orem e a teoria cognitivo-social de Bandura; o sétimo capítulo abrange o autocuidado com a diabetes, nomeadamente sobre as atividades de vida como alimentação, atividade física, monitorização de glicémia, adesão farmacológica, cuidados com os pés e hábitos tabágicos e o oitavo capítulo é sobre o stress e a sua influência na forma direta e indireta na diabetes e respetivo autocuidado.

Posteriormente, a segunda parte intitulada, Enquadramento Prático, é composta por treze capítulos. No primeiro descreveu-se o contexto geográfico onde decorreu o estágio, seguida a caracterização da população e posteriormente a descrição da amostra; no quarto capítulo foram identificados os instrumentos utilizados para o diagnóstico de situação e sua caracterização. No quinto capítulo consta a etapa da metodologia do planeamento em saúde, constituída pela elaboração de um diagnóstico de situação onde foram identificados problemas e determinadas necessidades no contexto, sendo efetuada de seguida a definição de prioridades. De seguida foi feita uma análise reflexiva dos objetivos, apresentando os objetivos da atividade principal que se propôs aprofundar durante os estágios:

Como objetivo geral definiu-se:

- Promover a adesão às atividades do autocuidado alimentação/atividade física e diminuição da vulnerabilidade ao stress, num grupo de pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2.

Para objetivos específicos foram definidos:

- Contribuir para que o grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na Unidades Cuidados de Saúde Primários (UCSP), adquira conhecimento sobre novos hábitos ao nível do autocuidado alimentação, nomeadamente na ingestão de hidratos de carbono, frutas e doces;

- Contribuir para que o grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP reconheça a importância da atividade física durante, pelo menos, 30 minutos diariamente;

- Promover a capacitação para a gestão de stress do grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP, através da adesão à atividade programada.

Remetendo para o oitavo capítulo este atende à análise reflexiva sobre as estratégias e o capítulo seguinte sobre a análise das atividades delineadas, aqui são abordadas as intervenções e o cronograma das mesmas, assim como a previsão dos recursos utilizados; no décimo e posterior capítulo estão contempladas as formas de comunicação e divulgação do projeto. Por fim, será efetuada uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo dos objetivos, a avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas, a avaliação da implementação do projeto e realizada uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de especialista em enfermagem comunitária e saúde pública e as competências de mestre, para as quais contribuíram não só a atividade principal que se propôs desenvolver, mas também todas as outras que se desenvolvem em conjunto com a equipa multidisciplinar durante os estágios.

Finaliza-se este relatório com a conclusão salientando algumas aprendizagens e dificuldades sentidas com o projeto de intervenção e o relatório de estágio, assim como algumas sugestões de melhorias em termos profissionais na área de intervenção comunitária. Como elementos pós textuais são apresentados as referências bibliográficas que fundamentaram o trabalho e que foram efetuadas de acordo com o sugerido na norma da American Psychology Association (APA), 6ª edição, tendo em conta o novo acordo ortográfico. E por fim os anexos cuja sequência de apresentação respeitou a ordem pela qual foram referidos ao longo do texto.

I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E A IMPORTÂNCIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A enfermagem comunitária atua na comunidade, com base nas premissas de promoção da saúde e prevenção da doença com a participação da comunidade e conseguinte envolvimento comunitário. A intervenção na comunidade está contemplada na Base II do Artigo 3º da Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 (Diário da República, 1990:3453) refere, “É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual”, pois sabemos que a saúde de uma comunidade está intimamente ligada à saúde dos seus membros e que as comunidades saudáveis promovem a saúde para garantir que os indivíduos, famílias, grupos e população sejam saudáveis (Association Canadienne de Santé Publique, 2010).

Nos dias de hoje as sociedades têm novos paradigmas de intervenção no âmbito da saúde comunitária, nomeadamente as doenças crónicas, como é o caso da diabetes, assim como alguns determinantes de saúde como os estilos de vida, o envelhecimento, a urbanização, o desenvolvimento económico e a globalização. Segundo Almeida (2010: 82) “O cidadão deixa de ser exclusivamente recetor ou destinatário de cuidados para ser considerado, também, como (auto) prestador de cuidados — e, assim, se evolui numa perspetiva dicotómica ..., para uma perspetiva inclusiva e em continuum.” Posto isto a centralidade dos cuidados passou do profissional de saúde para o cidadão.

Neste âmbito é imprescindível, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), a intervenção e o empenho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na implementação dos programas promotores de saúde com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades, possuindo capacidade de responder às necessidades individuais das pessoas, intervindo em múltiplos contextos. O Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (Regulamento n.º 128/2011,

2011), refere que o enfermeiro especialista faz a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (procedendo à elaboração do diagnóstico de saúde, estabelecendo prioridades em saúde, formulando objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde, estabelecendo programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e avaliando-os), contribuindo para a capacitação de grupos e comunidades, indo ao encontro aos programas e projetos do plano nacional de saúde e realizando vigilância epidemiológica.

O planeamento em saúde é um dos contributos para a investigação e a afirmação da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Contribuindo para manter e melhorar o estado de saúde de uma determinada comunidade, através da prestação de serviços de saúde acessíveis, eficazes e equitativos (Stanhope & Lancaster, 2011). Para conseguirmos manter e melhorar o estado de saúde de uma população, é necessário identificar e proceder à elaboração de um projeto, através de recursos existentes, de meios e métodos para que os cuidados de saúde no presente e futuro sejam relevantes para as necessidades de saúde identificadas dessa população.

Quando falamos de cuidados de saúde acessíveis, eficazes e equitativos, estamo-nos a remeter ao princípio da equidade e princípio da eficiência, que Tavares (1990), refere, sendo duas preocupações economicistas da nossa sociedade. Sendo que “o conceito de equidade está mais presente na fase do planeamento de definição de prioridades, é na fase de seleção de estratégias que se põe principalmente a questão da eficiência na distribuição dos recursos.” (Tavares 1990:15). Neste âmbito, torna-se importante planear para utilizar os recursos, que são cada vez mais escassos, de forma eficaz e eficiente, para que os serviços de saúde possam ter uma resposta aos problemas e necessidades identificadas, reconhecendo como instrumentos específicos as prioridades das intervenções e intervindo com subjacente o princípio da equidade e eficiência de uma forma não isolada, mas que haja uma continuidade das intervenções. Assim podemos definir o planeamento em Saúde como "... Racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócios económicos...". (Imperatori & Giraldes, 1982:6).

Para que haja um plano, um programa ou um projeto em saúde, é necessário haver um processo constituído por várias etapas, sendo de extrema importância o conhecimento destas

etapas. Tavares (1990) identifica seis etapas do processo de planeamento: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação.

Na primeira etapa, o diagnóstico de situação, deve permitir identificar com objetividade e em profundidade problemas de saúde, assim como, determinar as necessidades de intervenção na população. Segundo Tavares (1990:1) a necessidade “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir (...) e representa o necessário para remediar o problema identificado.” Por outro lado, o diagnóstico deve ser sucinto para não gastar demasiadas energias e tempo na sua elaboração, prejudicando as etapas seguintes, e de forma a ser facilmente compreensível por todos os intervenientes (Imperatori & Giraldes, 1982). A elaboração do diagnóstico também é importante porque a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades, que constitui a etapa seguinte.

A determinação de prioridades (segunda etapa) é o processo de tomada de decisão, devendo ser o mais objetivo possível e baseando-nos nos planos existentes, na “...utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados...” (Tavares 1990: 83).

Na terceira etapa temos a definição dos objetivos, que de acordo com Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior. A meta é um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividades” (Imperatori & Giraldes, 1986:48). Fixar objetivos consiste assim, em definir para onde se vai, mas a forma como se lá chega compõe a etapa seguinte: a seleção das estratégias (Tavares, 1990). Segundo Imperatori & Giraldes (1982) citado por Tavares (1990:145) as estratégias, são a quarta etapa e são “...um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados, inflitando a tendência de evolução natural dos problemas”.

A quinta etapa é a preparação operacional, que corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com

os recursos necessários (Imperatori & Giraldes, 1993). Na sexta etapa temos a avaliação, que segundo Tavares (1990), deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo, confrontando os objetivos e as estratégias ao nível da adequação. A avaliação atualiza o diagnóstico, pelo que, terminada a avaliação, haverá que voltar à primeira fase do planeamento, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, num processo que se pretende contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993).

Posto isto, o enfermeiro comunitário deve utilizar o planeamento em saúde como uma ferramenta imprescindível, para identificar as necessidades do indivíduo/comunidade/sociedade, determinando prioridades, intervindo e avaliando as intervenções. Incluindo neste processo as populações ao nível da planificação e realização dos seus cuidados de saúde, para que estas possuam conhecimentos e possam alterar os seus comportamentos, só desta forma é alcançável a promoção da saúde e prevenção de doenças.

3. PERTINÊNCIA DO TEMA

Esta necessidade foi demonstrada no decorrer das atividades desenvolvidas no estágio, como as visitas domiciliárias e as consultas da diabetes, onde se verificou índice glicémicos não controlados, dúvidas relativamente a cuidados com a alimentação e com os pés, assim como a verbalização dos utentes sobre a existência de “nervos”, stress e que isso influencia o seu autocuidado. Com base no planeamento de saúde, tendo também subjacentes as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e o plano nacional de saúde, realizou-se o diagnóstico de situação e posteriormente a definição das prioridades de atuação. Considerando como premissa que o projeto só é pertinente porque o diagnóstico e as necessidades estão em concordância. Segundo Richardson, Jelka & Ellen (2016) o número de pessoas com diabetes multiplicou-se nos últimos 20 anos e constitui uma grande percentagem de doenças não transmissíveis que os sistemas de saúde enfrentam. Assim, perante isto, muitos

países da Europa introduziram planos nacionais que abordam a diabetes especificamente (Planos nacionais para a diabetes - PND) ou como parte de Doenças não-transmissíveis (NCD). Em Portugal uma das metas de saúde do Plano Nacional de Saúde, revisão de extensão a 2020 (Direção Geral de Saúde, 2015:11) é “aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%”, para que a esperança de vida saudável aos 65 anos nos homens passe dos 9,9 anos para 12,9 anos e para as mulheres passe de 9,0 anos para 11,7 anos. No âmbito do PNS o despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, determinou o desenvolvimento de programas de saúde prioritários, nomeadamente o programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Este programa já existe “... em Portugal, desde a década de setenta, tendo sido atualizado em 1992 pela então Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e revisto em 1995, ..., um dos mais antigos programas nacionais de saúde pública.” (DGS, 2012: sp).

Em 1989 Portugal assinou a Declaração de St. Vincent e posteriormente a comissão de acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Diabetes criou o Guia do Diabético, para que as pessoas se coresponsabilizem pelos seus comportamentos e adquiram boas práticas. A DGS, com a colaboração científica da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) e das Associações de Diabéticos, definiram estratégias que assentam na prevenção primária da diabetes, incidindo através da redução dos fatores de risco conhecidos. Em 2013 foram criadas em Portugal, 54 Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFD), que servem de articulação entre cuidados primários, cuidados hospitalares e as unidades de saúde pública, e que servem como observatório da Diabetes e incidem na prevenção da doença.

Desta forma, algumas atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, assim como o projeto de intervenção tentam contribuir para uma meta do PNS, ajudando a que os idosos tenham mais qualidade de vida, mais saúde e assim uma esperança de vida mais saudável. Verificando que há várias décadas que se tenta resolver e combater o problema da diabetes mellitus, assim como outras doenças crónicas, mas com insuficientes resultados, sendo ainda um desafio de saúde pública. É necessário continuar e inovar com intervenções ao nível da prevenção primária, adequadas à nossa população extremamente envelhecida, fazendo uma gestão e educação nesse domínio.

4. A DIABETES

4.1 Epidemiologia da Diabetes

Segundo refere a Federação em 2015 a nível mundial havia 415 milhões de pessoas com diabetes e em 2040 o número de pessoas com diabetes aumentará para 642 milhões. A prevalência da diabetes para países da União Europeia (UE) em 2015, varia entre cerca de 4,0 e 4,5 por cento na Lituânia, na Estónia e na Islândia para 10 por cento em Chipre, Malta e Portugal (Richardson et al, 2016). Os dados do World Health Organization (2016) referem que a diabetes causou 1,5 milhão de mortes em 2012.

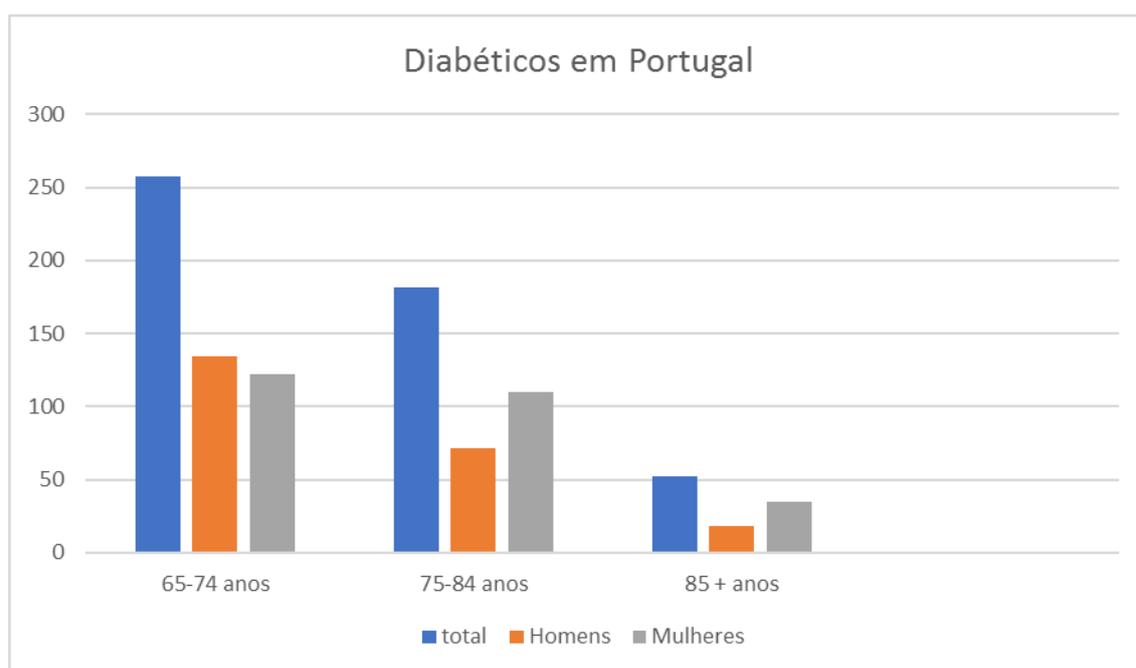
Na realidade portuguesa, segundo a Direção Geral da Saúde (2017a), a prevalência da diabetes mellitus tipo II (DM II) é muito elevada, sendo que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) indicou no seu relatório sobre saúde de 2017, Portugal como um dos países com taxa de prevalência da diabetes mais alta da Europa. Boavida (2016: 1) acrescenta “Em Portugal, mais milhão de pessoas vive com diabetes e mais de 2 milhões têm um risco elevado de a vir a desenvolver”. O jornal médico (2017) referiu dados importantes de refletir, relativamente à mortalidade da diabetes, referindo que entre dez a doze portugueses morrem a cada dia, em média, por diabetes, mas apesar disto há resultados no combate à diabetes tendo a mortalidade vindo a diminuir nos últimos anos.

Segundo dados da SPD (2016) em 7,7 milhões de indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, 13,3% têm diabetes. O aumento da diabetes está relacionado com o aumento da taxa de envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa, sendo que em 2009 e 2015 houve um crescimento de pessoas com diabetes na ordem dos 13,5%, acrescentando o facto de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos têm Diabetes.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2014), em Portugal existiam 490,785 mil pessoas com diabetes com idade igual ou superior a 65 anos. Verifica-se que em

Portugal existem mais mulheres com diabetes (266,695 mil) do que homens (224,091 mil), mas relativamente à faixa etária dos 65-74 anos de idade esta tendência é inversa (gráfico 1).

Gráfico nº1 – Pessoas com diabetes em Portugal



Fonte: INS, 2014

Dados da SPD (2016:25) mostram que no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal Continental, especificamente na Rede de Cuidados de Saúde Primários “encontravam-se registados 846 955 utentes com Diabetes, (dos quais 55,4% nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 44,6% nas Unidades de Saúde Familiar.”

Figura nº1 - Taxa de Prevalência da Diabetes Total – Diagnosticada (2015)



Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2016

Segundo dados do INS (2014) no Alentejo existem 37 786 mil pessoas com diabetes de idade igual ou superior a 65 anos (quadro 1). Assistimos ainda ao fato de que existem mais mulheres do que homens com diabetes que acompanha a tendência do País.

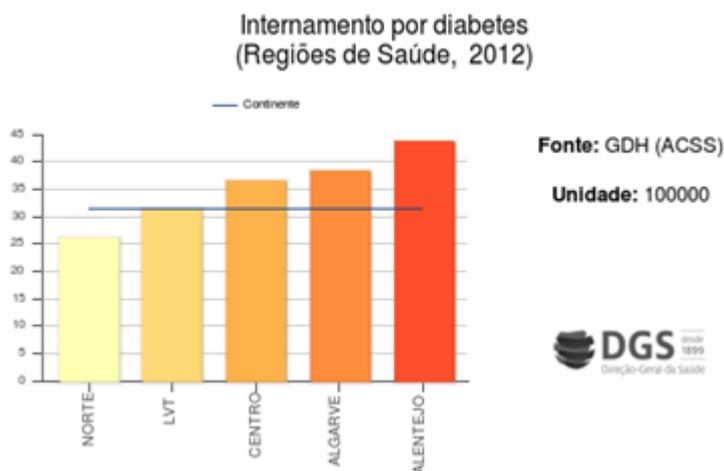
Quadro nº1: Diabéticos com idade igual ou superior a 65 anos no Alentejo.

Diabéticos no Alentejo			
<u>Grupo Etário</u>	<u>Totais</u>	<u>Homens</u>	<u>Mulheres</u>
65-74 anos	18.463	7.308	11.155
75-84 anos	19.323	5.873	13.450
85 + anos	X	X	X

Fonte: INS, 2014

Relativamente às complicações devido à diabetes, observamos com base nos dados apresentados na base de dados GeoSaúde, que no Alentejo é onde se verificam mais internamentos devido à diabetes, muito acima da média do Continente (gráfico2).

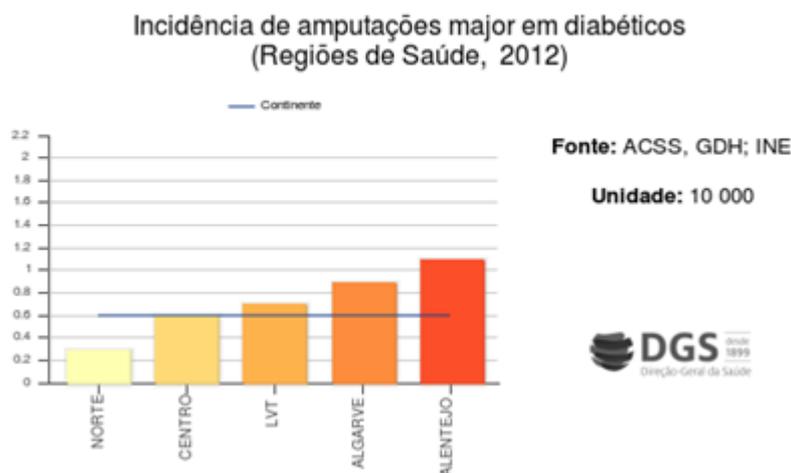
Gráfico nº 2- Internamento por Diabetes nas regiões de Portugal



Fonte: GeoSaude, 2012

Analisando uma das complicações da diabetes, as amputações devido a neuropatia, é verificável através da base de dados GeoSaúde, que no Alentejo a incidência de amputações major em diabéticos é superior a todas as regiões do Continente (gráfico 3).

Gráfico nº 3 – Incidência de amputações major em diabéticos nas regiões de Portugal

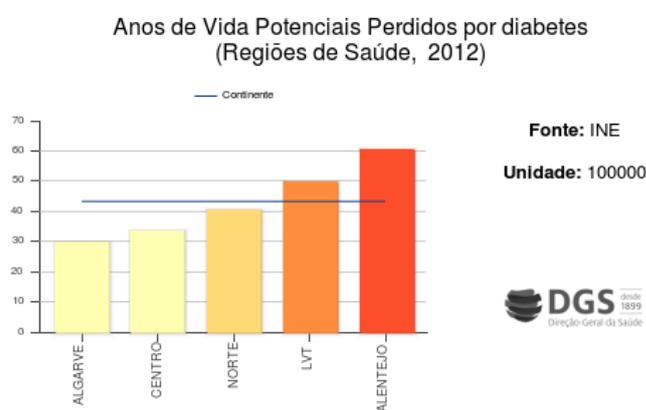


Fonte: GeoSaude, 2012

Por fim é importante ainda acrescentar que segundo a SPD (2016), a diabetes foi responsável por uma mortalidade de 12 pessoas por dia em Portugal, num total de 4 406 mortes, sendo que, mais de um quarto dos óbitos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi em pessoas com diabetes.

Quando analisamos os anos de vida potenciais perdidos por diabetes a nível das regiões em Portugal percebemos que no Alentejo é onde existem uma maior taxa, como observável no gráfico 4, (GeoSaúde, 2017).

Gráfico nº4 – Anos de vida potenciais perdidos por diabetes nas regiões de Portugal



Fonte: GeoSaude, 2012

4.2 Tipos de Diabetes

A diabetes mellitus, é uma doença grave e crónica, do grupo das doenças metabólicas, que é caracterizada por hiperglicemia, devido ao pâncreas não produzir insulina suficiente, ou o corpo não usar efetivamente a insulina que produz, ou seja resulta de defeito na secreção de insulina, da ação de insulina ou ambos (American Diabetes Association, 2011).

A diabetes mellitus tem como causas fatores genéticos e ambientais e tem como característica a deficiência da ação da insulina, levando a alterações em quase todo o sistema metabólico, incluindo metabolismo de hidratos de carbono, lípidos e proteínas, segundo Seino, Nanjo, Tajima, Kadowaki, Kashiwagi, Haneda, ...& Ueki (2010: 218) “O mecanismo para a

falta de ação da insulina neste grupo de doenças inclui insuficiência de secreção de insulina e diminuição da sensibilidade à insulina em órgãos nas quais a insulina atua.”

Existem 3 tipos de diabetes, segundo dados do WHO (2016), na diabetes tipo 1 a pessoa necessita de injeções de insulina para sobreviver, já na diabetes tipo 2 normalmente o corpo não consegue usar corretamente a insulina que produz. Apesar da diabetes tipo 1 ter uma maior incidência nas crianças e a tipo 2 nos adultos e idosos, nos dias de hoje há uma crescente taxa de incidência da diabetes tipo 2 nas crianças. O terceiro tipo de diabetes é a diabetes gestacional sendo diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e geralmente desaparece após o nascimento do bebé, definindo-se como uma alteração no metabolismo da glicose. Segundo World Health Organization (2017) a diabetes tipo 1 é caracterizada pela falta de produção de insulina, a diabetes tipo 2 é causada pelo uso ineficaz do organismo da insulina, resultando muitas vezes do excesso de peso corporal e inatividade física e diabetes gestacional é a hiperglicemia que é reconhecida pela primeira vez durante a gravidez.

A diabetes tipo 2 é a mais frequente da diabetes, 90% dos casos, nestas situações, o pâncreas produz insulina, mas as células do organismo oferecem resistência à ação da insulina, o pâncreas vê-se, assim, obrigado a trabalhar cada vez mais, até que a insulina produzida se torna insuficiente e o organismo tem cada vez mais dificuldade em absorver o açúcar proveniente dos alimentos. Encontra-se relacionada com estilos de vida, hábitos, tais como excesso de consumo (especialmente dieta com alto teor de gordura), falta de exercício, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, envelhecimento e relacionados com fatores ambientais que gera insuficiência de ação da insulina (Seino et al, 2010).

É importante também caracterizar a Hiperglicemia Intermédia, conhecida como pré-diabetes, as pessoas apresentam níveis de glicose no sangue superiores ao normal, mas não são suficientemente elevados para serem classificados como Diabetes. Estas pessoas podem ainda ter Anomalia da Glicemia em Jejum (AGJ), Tolerância Diminuída à Glicose (TDG) ou ambas as condições simultaneamente (SPD, 2016).

4.3 Diagnóstico

De acordo com a Norma DGS N.º 2/2001, de 14/01/2011 in Sociedade Portuguesa de Diabetologia, (2016) os critérios de diagnóstico de Diabetes, são os seguintes:

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

De acordo com a Norma DGS N.º 2/2001, de 14/01/2011 in Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016) os critérios de diagnóstico de Diabetes, são os seguintes:

- a) Anomalia da Glicemia em Jejum (AGJ) – Glicemia em jejum ≥ 110 mg/dl e <126 mg/dl;
- b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG) – Glicemia às 2 horas após a ingestão de 75 gr de glicose ≥ 140 mg/dl e <200 mg/dl.

4.4 Sintomas

Segundo a Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal (APDP, 2017) os sintomas da Diabetes diferem e são consoante as quantidades de açúcar no sangue, assim temos sintomas diferentes perante uma hipoglicémia e uma hiperglicemia.

Na hipoglicémia podemos ter dificuldade em raciocinar, tremores, palidez, palpitações, formiguelo nos lábios e língua, convulsões, perda de consciência ou coma. Na hiperglicemia os sintomas que podemos assistir são: visão turva, xerostomia, sudação excessiva, cansaço, prurido generalizado com maior incidência na área genital, polidipsia, polifagia e poliúria.

No tipo de diabetes 2, podemos assistir a ausência de sintomas no início e, por isso, pode passar despercebida durante anos, sendo que os sintomas, muitas vezes só aparecem quando existe hiperglicemia constante, sendo um processo lento no idoso. Contudo, a hiperglicemia provoca lesões mesmo sem se dar por isso, podendo já existir complicações. Assim, o médico deve avaliar não só a presença ou ausência de diabetes, mas também sua etiologia, a presença ou não de complicações diabéticas ou condições associadas (Seino et al, 2010).

4.5 Complicações

As pessoas com Diabetes podem vir a desenvolver várias complicações, porque persistência de níveis elevados de glicose no sangue resulta em lesões nos tecidos. É possível reduzir os seus danos através de um controlo rigoroso da hiperglicemia, assim como uma vigilância dos órgãos mais sensíveis, como os olhos, nervos periféricos e sistema vascular, rins e coração (SPD, 2016). Podemos classificar as complicações em agudas, incluindo a hipoglicémia, a cetoacidose diabética (CAD) e a síndrome hiperosmolar não cetósica (SHNC); e em complicações crónicas, a neuropatia nos pés aumenta a probabilidade de úlceras no pé, e possível amputação dos membros, a retinopatia que pode levar a cegueira e ocorre como resultado do dano acumulado a longo prazo nos pequenos vasos sanguíneos na retina e a nefropatia, sendo que a diabetes está entre as principais causas de insuficiência renal (World Health Organization, 2017).

Segundo a SPD (2016), a diabetes é uma das principais causas de morte, estando associada à doença coronária, Hipertensão arterial (HTA) e ao acidente vascular cerebral. WHO

(2016) acrescenta que a diabetes é uma causa bem reconhecida de prematura morte e morbidade, porque aumenta o risco de doença cardiovascular, insuficiência renal, cegueira e amputação dos membros inferiores.

4.6 Tratamento

Segundo WHO (2017), o tratamento da diabetes envolve uma série de variáveis passando pela dieta, atividade física, redução da glicemia e de outros fatores de risco como a cessação do consumo de tabaco.

Sendo uma doença crónica, o seu tratamento implica motivar a pessoa, criando um plano terapêutico adequado e individualizado, que vá de encontro à pessoa, ao seu modo de vida, crenças e valores. No tratamento da diabetes é necessária uma alimentação saudável (fracionada e equilibrada), exercício físico, autovigilância/ autocuidado, adesão ao regime terapêutico, quer seja terapêutica oral e/ou insulino-terapia.

É importante que o tratamento passe não pela cura, mas sendo uma doença crónica pelo autocontrolo da pessoa com diabetes, sendo que a adesão ao tratamento deve passar não só pela adesão ao tratamento farmacológico (quer seja antidiabéticos orais e/ou insulina), mas acima de tudo por o diabético adquirir comportamentos saudáveis, mudança de comportamentos e estilos de vida (Bastos, Milton & Lopes, 2007).

Por último deve ser ressaltado a questão de que o tratamento terá uma maior adesão se a pessoa com diabetes tiver suporte social, seja ao nível da família, cuidadores informais ou dos profissionais de saúde. O suporte social, é essencial para estimular o autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis e conseqüente bem-estar, é um fator de proteção nas doenças crónicas contribuindo desta forma para o autocuidado seja alcançado.

5. ATEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM E A TEORIA COGNITIVO-SOCIAL DE BANDURA

O autocuidado deve ser compreendido à luz do referencial teórico de Orem, que refere que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidar de si, contribuindo para a manutenção da vida, saúde e bem-estar (Almeida, 2010). Segundo Orem (2001) o autocuidado é uma atividade aprendida pelas pessoas, um comportamento, com direção a um objetivo. Queirós, Vidinha & Filho (2014:159), acrescentam que “o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar”. A capacidade para a realização do autocuidado está relacionada com fatores como a cultura, experiências de vida, doenças, família, idade, crenças, sexo e escolaridade.

Muitas vezes assistimos a um défice no autocuidado, esta limitação pode ser parcial ou total, sendo que este défice é revelador da capacidade de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado. Segundo Orem (2001) existem causas internas e externas na pessoa que podem levar a este défice de autocuidado, passando estes fatores pela idade, o género, comorbilidades, fatores socioculturais, rede de suporte familiar, crenças, estágio de desenvolvimento, fatores financeiros, ambientais e disposição dos recursos.

Orem, identificou nos sistemas de enfermagem, três tipos de prática: sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e apoio-educativo (Tomey & Alligood, 2002, citado por Queirós et al, 2014). Estes três sistemas variam consoante a necessidade de o enfermeiro substituir a pessoa totalmente no autocuidado, parcialmente, realizando apenas aquilo que a pessoa não é capaz ou haja apenas a necessidade do enfermeiro ensinar e supervisionar as ações ao nível do autocuidado. Desta forma é importante que o profissional de saúde perceba quais as atividades do autocuidado que estão comprometidas de forma a incidir as suas intervenções nessas áreas, através da escuta ativa, adaptando e englobando a pessoa como um ser individual, para que esta se sinta motivada a desenvolver o autocuidado. Sabemos assim que “A existência de um déficit de autocuidado é a condição que legitima a necessidade de cuidados de enfermagem” (Solar, Reguera, Gómez & Borges 2014:841). Esta teoria é o núcleo do modelo de Orem, referindo que por vezes existem limitações que incapa-

citam as pessoas para o autocuidado contínuo ou tornam o autocuidado ineficaz ou incompleto.

As teorias e modelos, facilitam a compreensão dos problemas de saúde e o rumo das soluções que vão direcionadas às necessidades dos indivíduos. A teoria pretende explicar comportamentos, compreender a sua natureza, enquanto, que um modelo sugere a forma como se deve alterar os comportamentos, baseando-se nas teorias. Quer as teorias, quer os modelos explicam a relação entre o pensamento e o comportamento das pessoas relativamente à saúde e tendo subjacente a relevância das crenças, valores e atitudes de forma a planear intervenções eficazes (Arco, 2011).

Desta forma o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve ter por base uma teoria nomeadamente no “empowerment” do indivíduo, sendo que neste trabalho a que também o complementa é uma teoria de aprendizagem social, que refere que a maioria dos comportamentos são apreendidos, e que podem-se desaprender ou alterá-los quando não são os corretos, para isto a pessoa tem de estar informada/ capacitada para o fazer. Albert Bandura, psicólogo canadense, defende que os seres humanos são flexíveis nas formas de aprender, assim a aprendizagem pode ser ativa: ocorre mediante a reflexão do comportamento e avaliação das suas consequências, ou por observação: meio pelo qual advém a maior parte das aprendizagens, a observação de comportamentos de outras pessoas que fornecem experiências indiretas, (Almeida, Lima, Lisboa, Lopes & Júnior, 2013).

A aprendizagem por observação é explicada por Bandura através de quatro processos: a atenção (existindo uma seleção daquilo a que se presta a atenção), a retenção (a informação observada é codificada, armazenada e organizada), a reprodução (traduzindo as conceções simbólicas armazenadas em ações correspondentes) e a motivação (para que um determinado comportamento aprendido seja executado, deve-se estar motivado para fazê-lo, podendo ser preciso incentivar) (Aguilar, 2010).

Segundo Bandura (citado por Aguilar, 2010), existem dois conjuntos de expectativas: as expectativas de ação e a expectativa de autoeficácia. Desta forma através da ação e tendo em conta as necessidades diagnosticadas e as expectativas dos envolvidos, surge a necessidade de

atuar na comunidade, tendo como base a motivação para que a população alcance comportamentos que consegue desempenhar eficazmente e que têm em conta as suas crenças pessoais.

6. AUTOCUIDADO NA DIABETES

Relativamente ao autocuidado na diabetes a WHO (2003), considera este o pilar do controlo da diabetes, “sendo fundamental a responsabilização da pessoa com diabetes e uma participação ativa na sua autovigilância, contribuindo para o sucesso do plano terapêutico”, grande parte dos cuidados que a diabetes requer são da responsabilidade da pessoa, de forma também a evitar o aparecimento de complicações, precisando previamente de informação e empoderamento. Esta capacitação da pessoa com diabetes, deve ser feito regularmente no acompanhamento, nomeadamente na consulta da diabetes, Almeida (2010), chegou à conclusão num estudo que as pessoas mostravam carência de informação relativamente a hábitos e rotinas, especificamente ao nível da alimentação, medicação e exercício físico. Apresentam carência ao nível de informações regulares sobre hábitos diários e qualidade de vida, necessitando de acompanhamento às pessoas com diabetes a nível dos cuidados primários, nomeadamente a nível da educação para a saúde. Como refere Coelho et al (2015: 703), “Os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores, na motivação para as mudanças comportamentais desejáveis para o controle da doença, e apoiar o desenvolvimento ou fortalecimento de habilidades para o autocuidado.” É de salientar que intervenção dos enfermeiros para a capacitação do doente com diabetes – o conhecimento, a aceitação e a capacidade para o autocuidado - além das competências técnicas, deve incidir especificamente nas competências comunicacionais e relacionais.

Assistimos a um aumento da população idosa, associado ao aumento das doenças crónicas não transmissíveis, por isso é importante capacitar o idoso diabético com informação de forma a esclarecer dúvidas sobre a doença, avaliando as suas limitações, prevenindo complicações decorrentes da diabetes, como refere Santos, Guerra & Silva (2015) o indivíduo idoso deve ter direito à decisão, e opinião, devendo ser para isto capacitado para a realização do seu

autocuidado, embora apresente algumas vezes limitações não deve ser um mero objeto de tratamento.

O autocuidado com a diabetes no idoso deve contemplar as questões relacionadas com o envelhecimento, uma vez que o tratamento como refere Tanqueiro (2013:153) “...assume particular importância uma vez que as suas necessidades de saúde sofrem contínuas modificações, especialmente ao longo do processo de envelhecimento, requerendo práticas sempre renovadas de cuidados à saúde.” O autocuidado com a diabetes na pessoa idosa é diferente do que no jovem devido aos idosos terem mais morbilidades que interferem com a glicémia, que alteram o nível de independência, mas também é importante ressaltar que muitas vezes os profissionais de saúde, os familiares e os próprios idosos não promovem a autonomia para o autocuidado, numa tentativa de proteção e talvez de subestimação muitas vezes ligada a estereótipos relacionados com a idade avançada, onde se considera que os idosos perdem a capacidade de poder cuidar de si ou mesmo decidir sobre si. Santos et al (2015) acrescenta que a pessoa idosa com diabetes pode apresentar algumas limitações relativamente à diminuição da acuidade visual, auditiva, alterações da preensão fina, coordenação, memória, sociais e financeiras que devem ser tidas em conta na planificação dos seus cuidados.

Segundo Coelho et al (2015: 698), existem sete áreas importantes no autocuidado com a diabetes que são: “...alimentação saudável, ser ativo, monitorização, tomar medicamentos, resolução de problemas, enfrentamento saudável e reduzir riscos.” Assim relativamente ao autocuidado com a alimentação na diabetes, esta, segundo a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2017), deve ser saudável e equilibrada, não restritiva, mas sim variada e fracionada, sendo o recomendado entre 5 e 6 refeições diárias. Para que o diabético faça essa alimentação saudável, deve ter atenção às porções corretas de nutrientes, de vitaminas e hidratos de carbono, que não são fixas, podendo variar tendo em conta a constituição física da pessoa e o seu nível de atividade física, por isso é importante que o enfermeiro conheça os hábitos alimentares de cada pessoa e adeque a alimentação a cada um na sua individualidade

Como refere a APDP (2017), é importante a alimentação saudável, a pessoa com diabetes deve consumir fruta e legumes todos os dias, nomeadamente 3 a 5 porções. A razão desta ingestão é que a fruta e os legumes são ricos em vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes. Apesar de a fruta conter frutose, é um açúcar saudável, algumas frutas que contém mais fruto-

se como figos, uvas e bananas, podem ser também ingeridos, mas de forma mais moderada. Relativamente às proteínas, metade da ingestão deve ser de origem animal e a outra metade de origem vegetal. Deve-se dar preferência ao consumo de peixe (salmão e cavala ricos em ácidos gordos ómega 3) e ao consumo de carnes brancas, do que ao consumo de carnes vermelhas, que não deve ser superior a duas vezes por semana.

A pessoa diabética deve também incluir alimentos ricos em fibra na sua alimentação porque estas ajudam a diminuir a glicemia e o colesterol após as refeições, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento do intestino. Um dos exemplos na escolha da ingestão de fibras é o tipo de pão, que deve ser escuro, o que nos remete aos hidratos de carbono, que são importantes assim como todos os outros nutrientes, estes são uma fonte energética do sistema nervoso central e permite a síntese proteica. Existem três tipos de hidratos de carbono: simples, que podem ser monossacáridos (glicose, frutose e galactose) e dissacáridos (lactose, sacarose e maltose); complexos (o amido) e hidratos de carbono indigeríveis, e é importante o diabético contar os hidratos de carbono que se ingere.

Segundo a APDP (2017), o consumo de açúcar deve ser feito em ocasiões especiais de forma moderada e reduzindo nessa refeição a quantidade dos outros hidratos de carbono (arroz ou batata ou pão). Existem vários tipos de açúcares, como a sacarose, a glucose, a dextrose, a frutose, a maltose, a maltodextrina, o xarope de glucose, o xarope de milho, a geleia de milho, o açúcar invertido, o melaço e o mel.

Por fim o consumo de álcool, se a pessoa consumir deve ser dentro das recomendações diárias, 1 copo de vinho à refeição.

O exercício físico, é outro autocuidado importante que se deve associar à alimentação, permitindo prevenir complicações da Diabetes e de controlar os níveis de glicemia, porque estimula a produção de insulina e facilita o seu transporte para as células. É aconselhado pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal fazer caminhadas diárias de 30 minutos, ou exercícios de intensidade moderada e de longa duração (40 minutos-1 hora). A pessoa com diabetes deve fazer uma avaliação da glicémia capilar antes da prática de exercício físico, sendo que a mesma deverá apresentar valores entre os 100 e os 160mg/dl e fazer uma pequena refeição com hidratos de carbono uma hora antes da realização de exercício físico. Mendes,

Sousa, Reis & Barata, (2011:64), ressaltam que “a prática de exercício não dispensa a atividade física espontânea integrada num estilo de vida ativo”, o exercício efetuado no quotidiano como a limpeza da casa, o passeio com o cão, o uso das escadas em vez do elevador, tomam uma importância tal como a prática de exercício físico formal.

A alimentação saudável e a prática de exercício físico ajudam a controlar os níveis de glicémia, mas para saber os valores de glicémia é necessária a medição, como refere Salvado (2012) a auto monitorização da glicémia é importante porque permite que a pessoa com diabetes possa distinguir entre hipoglicémia e hiperglicemia, e ajustar a sua medicação, quer seja antidiabético orais ou insulina.

O autocuidado com os pés, também é importante, porque na pessoa diabética há um comprometimento da circulação e sensibilidade das extremidades, nomeadamente os pés. Segundo Salvado (2012), a neuropatia, retira a sensibilidade dos pés do diabético, podendo dar origem a feridas que progridem sem dor o que faz com que o diabético não as valorize e que são de difícil cicatrização devido ao comprometimento circulatório, assistindo a posterior amputação.

A adesão à terapêutica farmacológica de forma correta, corresponde a mais um autocuidado, que algumas vezes tem uma baixa taxa de adesão por alguns mitos associados, questões económicas ou pelo carácter assintomático da diabetes.

A nível do autocuidado relacionado dos hábitos tabágicos, as pessoas com diabetes se fumarem podem desenvolver complicações precocemente, por isso é importante a cessão de hábitos tabágicos. Segundo Lyra, Oliveira, Lins & Cavalcanti (2006) o consumo de tabaco reduz a sensibilidade insulínica e eleva a concentração glicémica.

Foi realizada uma revisão integrativa que se encontra em apêndice 8 e cujos resultados vão ao encontro do aqui explanado.

7. STRESS E DIABETES

A diabetes sendo uma doença crónica, é debilitante e dispendiosa, estando associada a complicações graves, o que representa grandes riscos para o doente e família, encontra-se muitas vezes associada à presença de stress, que pode ser mais elevado nos doentes com complicações crónicas. Segundo Ferreira, Bavaresco, Ceretta, Tuon, Gomes & Amboni (2015), as pessoas com doenças crónicas, como a diabetes têm maior probabilidade de apresentar stress, ansiedade e depressão. Podem ainda apresentar dificuldade em lidar com a doença, incorporar mudança de hábitos, comprometendo a adesão ao tratamento e consequentemente a sua qualidade de vida. Segundo Boarolli, et al. (2015: 91), o stress é um “...conjunto de reações físicas, corporais e emocionais..., como, por exemplo, o descobrimento de doenças e a necessidade de adaptação de rotinas e modos de vida, sendo que a perceção e a intensidade das reações variam para cada indivíduo.”

As atividades com o autocuidado, como uma alimentação saudável, o exercício físico, a gestão/administração da medicação, a automonitorização da glicose, são mudanças nos estilos de vida das pessoas, mudança de hábitos de uma vida, que pode acarretar uma carga significativa de stress (González et al, 2015). Ainda é de salientar que o stress leva muitas vezes às pessoas ingerirem mais hidratos de carbono ou, alterações de sono que não ajudam a uma glicémia controlada. Situações de stress geram no nosso corpo a libertação de hormonas que afetam o nosso metabolismo e o processo de digestão, mas também contribui para uma alimentação insalubre contribuindo para a obesidade e HTA (Curry, 2017). Como referem Boarolli, et al., (2015), a pessoa que tem diabetes tem de fazer constantes adaptações e reestruturas das formas de viver que podem gerar stress.

Por outro lado, segundo González et al (2015: 25), o stress tem influência na diabetes, nomeadamente a nível do controlo glicémico, referindo que existe “uma relação positiva entre a doença relacionada com o stress e o controlo da glicemia, o que significa que um maior esforço, superior HbA1c...” Em situações de stress existe um aumento de hormonas, como o cortisol, epinefrina e glucagon que aumentam a glucose no sangue. Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso (2004), salientam a importância das hormonas porque a presença de stress relaciona-se com a atividade do sistema nervoso simpático que perturba o controlo da diabetes, assim as

intervenções de gestão do stress promovem a atividade do sistema nervoso parassimpático, permitindo o controlo da diabetes.

Curry (2017), refere a importância de os profissionais de saúde englobarem a gestão de stress na gestão da diabetes, tendo de fazer parte da recolha na informação do doente e no planeamento das suas atividades de vida, não pode ser desconectado da história do doente e da diabetes. É importante fazer a avaliação do stress, Ferreira et al (2015), referem que esta avaliação é importante para avaliar o impacto da diabetes e as suas complicações, de forma a dar à pessoa apoio adequado no tratamento e a ajuda necessária para uma melhor qualidade de vida. Segundo a American Diabetes Association in Boarolli, et al. (2015), as variáveis psicológicas e sociais devem ser incluídas no tratamento da doença.

Existem várias técnicas para gerir o stress, o biofeedback, apoio dos pares, o treino de competências sociais e o relaxamento.

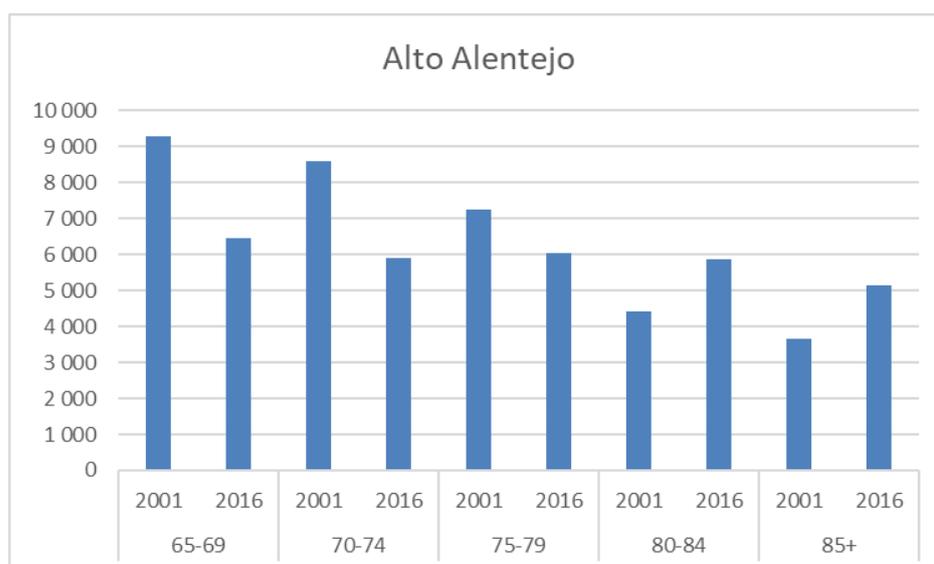
II ENQUADRAMENTO PRÁTICO

8. ANÁLISE DO CONTEXTO

8.1 Caraterização do Local de Estágio

Segundo dados da Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo (CIMAA, 2013) o mesmo é uma sub-região portuguesa, parte da Região Alentejo, que corresponde à totalidade do Distrito de Portalegre. É limitado a norte pelo Pinhal Interior Sul e pela Beira Interior Sul, a leste por Espanha, a sul pelo Alentejo Central e a oeste pela Lezíria do Tejo e pelo Médio Tejo. Tem uma área de 6 065 km² e uma densidade populacional de 18,4 hab./Km² possui uma população de 118.448 habitantes. É constituído por 15 concelhos, possui apenas três cidades – Ponte-Sor, Elvas e Portalegre, todas elas de pequena dimensão demográfica. Apenas em Campo Maior a população aumentou, nos demais concelhos como Elvas, Monforte, Portalegre, Arronches, Ponte de Sor, Fronteira, Alter do Chão, Castelo de Vide, Avis, Sousel, Marvão, Crato e Gavião a população diminuiu. Podemos observar no gráfico 5 que este facto é visível até ao escalão etário dos 75-79 anos, pois acima dos 79 anos de idade a população aumentou.

Gráfico nº 5- População residente no Alto Alentejo



Fonte: PorData, 2016

Estes dados vão ao encontro do facto do aumento da longevidade ter aumentado 21,7% em 51 anos. Se esta tendência continuar prevê-se que em 2062, daqui a 44 anos o índice de longevidade será de 77,2%, percentagem que terá de ser equacionada na programação dos cuidados e respetivas intervenções.

Relativamente à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Entidade Pública Empresarial (EPE), foi criada a 1 de março de 2007 (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], Decreto-Lei n.º 50-B/2007), entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre. Esta tem como missão “promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, ... na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.” (ULSNA, 2016: sp)

Segundo dados da ULSNA, os Cuidados de Saúde Primários são constituídos pelo Departamento do Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede (ACES S. Mamede) de acordo com o nº 3 do Artigo 23º do D.L. nº 12/2015 de 26 de janeiro. O Departamento do Agrupamento de Centros de Saúde S. Mamede integra os centros de Saúde de Alter do Chão, Centro de Saúde de Arronches; Centro de Saúde de Avis, Centro de Saúde de Campo Maior, Centro de Saúde de Castelo de Vide, Centro de Saúde do Crato, Centro de Saúde de Elvas, Centro de Saúde de Fronteira, Centro de Saúde do Gavião, Centro de Saúde de Marvão, Centro de Saúde de Monforte, Centro de Saúde de Montargil, Centro de Saúde de Nisa, Centro de Saúde de Ponte de Sor, Centro de Saúde de Portalegre e Centro de Saúde de Sousel.

Os estágios foram desenvolvidos numa UCSP, esta tem uma estrutura idêntica à prevista para as Unidades de Saúde Familiar e presta cuidados personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, tendo como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional. Sendo composta por médicos, enfermeiros, assistente técnicos e operacionais. As áreas de intervenção prioritária da UCSP onde foi realizado o estágio são: a Diabetes, a Hipertensão Arterial e as Doenças

Respiratórias Crónicas ao nível da prevenção, diagnóstico e acompanhamento da população abrangida nos cuidados de saúde primários.

8.2 Caracterização da População

Em termos de estrutura demográfica, as características da população são um handicap, segundo CIMAA (2013), existe uma forte taxa de analfabetismo, baixas taxas de formação e educação e um progressivo envelhecimento fazem parte da explicação das debilidades apresentadas pela região, havendo também um declínio a nível económico e do desenvolvimento. O índice de envelhecimento no Alto Alentejo mostra que em 1981 o índice era de 93,3 e que em 2011 é de 213. (PorData, 2015)

Associado ao aumento de índice de envelhecimento assistimos a um aumento do índice de dependência de idosos segundo PorData (2015), onde com base nos dados dos últimos censos de 2011 já tínhamos uma percentagem de 45,4%, significativa para programação das intervenções e com repercussões ao nível da prestação de cuidados, verificando-se um aumento de substancial desde 1960.

Associados a estes dados temos a taxa de natalidade que continua a cair, mas a um ritmo inferior ao que ocorreu durante a última década, enquanto o Indicador de Envelhecimento aumenta. A população ativa tem vindo a reduzir-se, sendo a taxa de empregabilidade de apenas 25,09%, correspondendo a 29.722 ativos empregados numa população residente de 118.448 indivíduos (Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo, 2014).

Tendo em conta o envelhecimento da população e a sua repercussão na prevalência da diabetes estima-se que na população residente em Portugal a prevalência da diabetes com idades entre os 25 e 74, é de 9,8%, superior à média europeia de 9,1% (INSEF, 2015, citado por DGS, 2017b). Sendo que a prevalência mais elevada, verifica-se nas faixas etárias mais envelhecidas, entre os 65-74 anos com uma prevalência de 23,8%.

É importante analisar que a prevalência de diabetes varia nas diversas regiões do País, como se pode observar no quadro 2, em 2015 os dados apontavam para que o valor mais elevado prevalecesse na região do Alentejo e o mais baixo do Algarve.

Quadro nº 2- Prevalência da diabetes nas regiões do Continente

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Homem e							
	Mulher							
ARS NORTE	6,5	5,5	6,1	6,4	6,1	5,4	5,1	5
ARS ALGARVE	3,7	4,5	3,1	5,7	3,9	6,3	5,1	4,8
ARS CENTRO	6,6	6,4	5,5	5,7	5,6	6,3	4,9	5,2
ARS LVT	6,8	8	8,2	7,2	7,6	7,3	6,7	7,7
ARS ALENTEJO	12,8	13,2	10,9	9	10,6	8,2	8	7,9

Fonte: GeoSaude, 2015

De realçar que associados a estes dados apresentam-se outros relativos ao internamento devido à diabetes onde segundo os dados da GeoSaude, em 2012 a região do Alentejo apresentava uma taxa de 43,7 internamentos, apesar de ter diminuído de 2010 a 2012, esta região apresenta a taxa mais elevada de Portugal (quadro 3)

Quadro nº 3 – Internamentos devido à diabetes nas regiões no Continente

	2008	2009	2010	2011	2012
ARS NORTE	29,2	28,1	25,3	23	26,2
ARS ALGARVE	35,8	26,5	34	34,9	38,3
ARS CENTRO	41,2	35,7	37,3	36	36,7
ARS LVT	34,7	32,5	32,6	32	31,6
ARS ALENTEJO	30,7	38,5	54,4	47,8	43,7

Fonte: GeoSaude, 2015

Por último apresenta-se outro dado importante sobre a diabetes na região do Alentejo, segundo dados da PorData (2017), é o facto de apesar ter havido um decréscimo no número de óbitos devido à diabetes no Alto Alentejo de 2012 para 2013, assiste-se a um aumento desde 2013, tendo em 2015 um número de 94 óbitos.

Todos estes dados apresentados vão desta forma ao encontro da necessidade de intervenção expressa inicialmente pelo enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem.

8.3 Caraterização da Amostra

A amostra representa um subconjunto da população, sendo que neste caso não foi probabilística, porque foi selecionada de acordo com critérios considerados importantes indo de encontro ao objetivo do trabalho.

Nesta UCSP onde foram realizados os estágios existem idosos diabéticos com características semelhantes ao descrito no capítulo anterior, pelo que selecionou esta amostra. A amostra foi constituída tendo como critérios de inclusão: utentes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; utentes com idade = ou > 65anos; utentes que estão inscritos no Centro de Saúde com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; utentes residentes no Concelho e que aceitaram participar em todo o desenvolvimento do projeto. Os critérios de exclusão foram: utentes institucionalizados; utentes com demências incapazes de responder aos questionários e utentes que recusaram participar no projeto.

A amostra final após os critérios de inclusão é constituída por 33 pessoas.

8.4 Caraterização dos Instrumentos Utilizados

Tendo em conta o projeto do Centro de Saúde, foi necessário mobilizar instrumentos válidos para efetuar o diagnóstico da situação. Para tal tiveram-se em conta as características da população e trabalhos já desenvolvidos na área para a aplicação dos questionários. Foi realizado um pedido de autorização ao responsável do Centro de Saúde (Anexo B), seguidamente um pedido para realização do trabalho ao Conselho de Administração da ULSNA que remeteu à sua comissão de ética (Anexo C), seguidamente do parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Anexo D) e também da comissão de ética da Universidade de Évora (UEVORA), em Anexo E. Obtendo parecer positivo em todas as instâncias como é constatado em anexo. Antes da aplicação dos questionários à amostra foi efetuado o consentimento informado (Apêndice 1).

De forma a efetuar este trabalho foram aplicados três questionários distintos para conseguir elaborar o diagnóstico de situação da amostra.

No primeiro questionário foi realizado a caracterização sociodemográfica da amostra, descrevendo os indivíduos relativamente à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, a existência de filhos e profissão. No mesmo questionário foram avaliados os antecedentes pessoais no que diz respeito aos anos de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, o tipo de tratamento, as patologias presentes e a existência de complicações decorrentes da diabetes (Anexo 2).

A segunda escala usada foi a de Atividades de Autocuidado com a Diabetes versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007) da escala "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000) (Anexo F). Esta escala é composta por sete dimensões: Dimensão 1 – “Alimentação Geral”; Dimensão 2 - Alimentação Específica”; Dimensão 3 – “Atividade Física”; Dimensão 4 – “Monitorização da Glicemia Capilar”; Dimensão 5 – “Cuidado com os Pés”; Dimensão 6 – “Medicamentos”; Dimensão 7 – “Hábitos Tabágicos”. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e o sete a mais favorável. No entanto, na dimensão 2 (alimentação específica), as questões que se encontram numeradas de 2.1 a 2.7, pontuariam pela negativa segundo os autores, assim para o cálculo da média da adesão às atividades de autocuidado, estas foram recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0. A dimensão dos hábitos tabágicos foi considerada separadamente das restantes variáveis por estar codificada, por estar codificada de forma diferente, sendo que para efeitos de análise, a pessoa inquirida responderia se era ou não fumadora e o número de cigarros consumidos por dia. É importante ressaltar que para a utilização desta escala foi pedida a autorização à autora, obtendo uma resposta favorável (Anexo G).

O terceiro questionário utilizado com a finalidade de estudar a variável Stress, optou-se pelo 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress de Adriano Vaz-Serra, disponível para consulta no Anexo H.

A escala 23 QVS é uma escala original, elaborada, construída e validada para a população portuguesa, tendo como objetivo fundamental avaliar a vulnerabilidade que determinado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de stress.

É constituída por 23 questões e cada pergunta tem cinco possibilidades de resposta (concordo em absoluto, concordo bastante, não concordo nem discordo, discordo bastante e discordo em absoluto). Cada resposta tem um valor obtido que varia entre 0 e 4. Algumas questões foram construídas de forma a representarem aspetos positivos e outros negativos para evitar tendências de resposta (Serra, 2000). Aos itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 correspondem as pontuações: Concordo em absoluto (0), concordo bastante (1), Não concordo nem discordo (2), discordo bastante (3) e discordo em absoluto (4). Aos itens 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 e 23 correspondem as pontuações: Concordo em absoluto (4), concordo bastante (3), Não concordo nem discordo (2), discordo bastante (1), e discordo em absoluto (0).

A soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas indica o resultado final, sendo a pontuação máxima 92 e o mínimo 0. À medida que aumenta a pontuação aumenta a vulnerabilidade ao stress, sendo o valor de referência 43, ou seja, com um valor ≥ 43 , obtido no preenchimento da 23 QVS, considera-se que a pessoa é vulnerável ao stress (Serra, 2000). Foi obtido parecer favorável do autor para utilizar a escala (Anexo I).

8.5 Diagnóstico da Situação

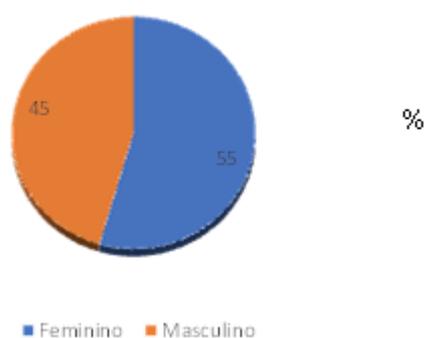
Após a recolha dos dados da amostra, procedeu-se à introdução dos mesmos no Programa IBM SPSS Statistics 24, tendo-se recorrido à estatística descritiva, nomeadamente: frequências; medidas de tendência central - média (\bar{x}) e a correlação de Pearson, dependendo das variáveis em estudo e do objetivo em questão. Os dados foram também trabalhados no programa Microsoft Office Excel 2007, assim como a realização dos gráficos, tendo como base os outputs do SPSS.

Primeiramente foram identificadas as características dos participantes, nomeadamente ao nível das suas características sociodemográficas e antecedentes pessoais.

Relativamente ao género verifica-se que a amostra é predominantemente feminina 45% (gráfico 6), o que corresponde a 18 pessoas do sexo feminino e 15 do sexo masculino.

Dado que vai ao encontro com os dados do INS (2014), relativamente ao Alentejo, onde é visível que a taxa do sexo feminino com diabetes é superior à do sexo masculino, já nos dados do INS (2014), em Portugal, a realidade é que da faixa de idades entre 65 anos e 74 anos a incidência é maior nos homens, mas a partir dos 75 anos os dados vão de encontro aos do Alentejo, existindo mais mulheres com diabetes do que homens.

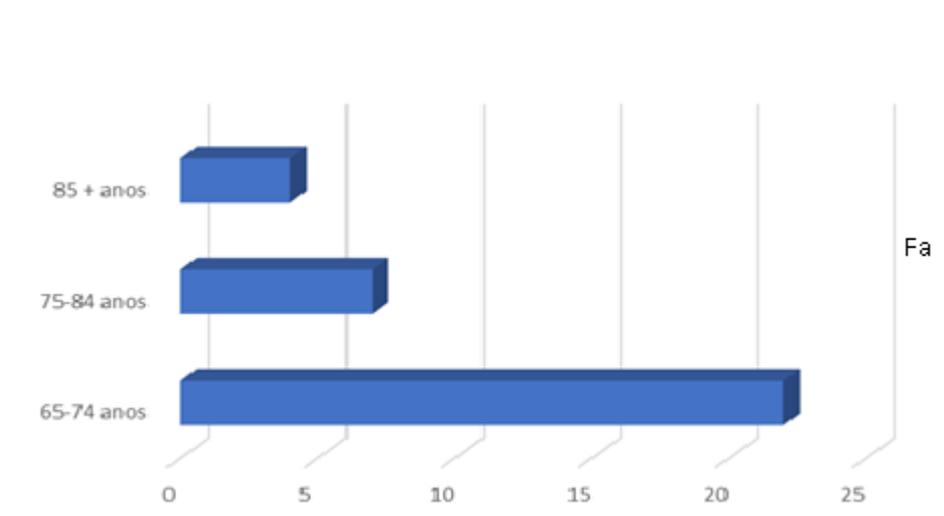
Gráfico nº 6 – Sexo dos Inquiridos



Fonte: Questionário sociodemográfico, 2017

Para a variável idade foram construídos intervalos tendo em conta as classes apresentadas nos inquéritos nacionais de saúde e são apresentadas no gráfico 7. Verificamos que a média de idades é 73 anos de idade e que é no intervalo entre os 65 e 74 anos de idade que se verifica uma maior incidência da diabetes. Esta percentagem vai de encontro com a bibliografia consultada pois segundo dados da SPD (2016) constantes no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, o aumento da diabetes está relacionado com o aumento da taxa de envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa, sendo que um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem Diabetes.

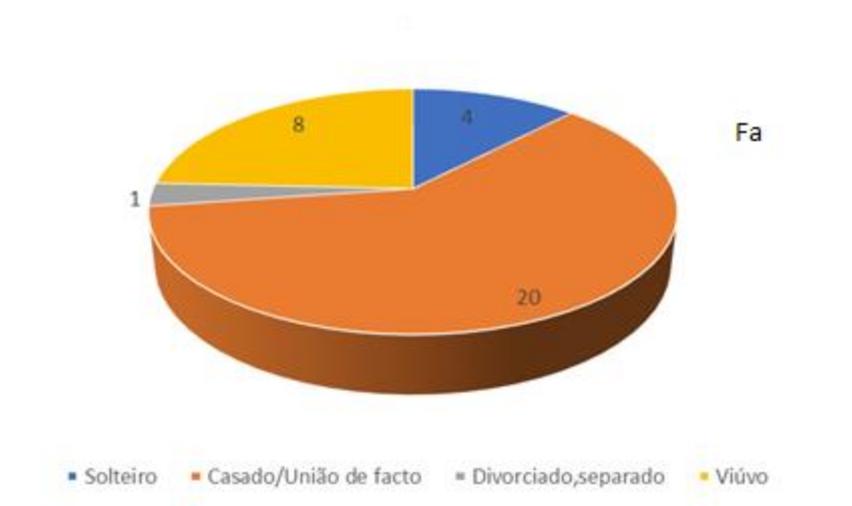
Gráfico nº 7 – Idade dos Inquiridos



Fonte: Questionário sociodemográfico, 2017

Relativamente ao estado civil podemos observar que a amostra é maioritariamente casada, 20 pessoas (gráfico 8) e que 29 pessoas têm 1 ou mais filhos, tendo assim suporte social a nível familiar o que ajuda na adesão ao tratamento, como refere Noriega, Jiménez & Monterroza (2017), o suporte social facilita o bem-estar das pessoas com doenças crónicas e a adoção de estilos de vida saudáveis.

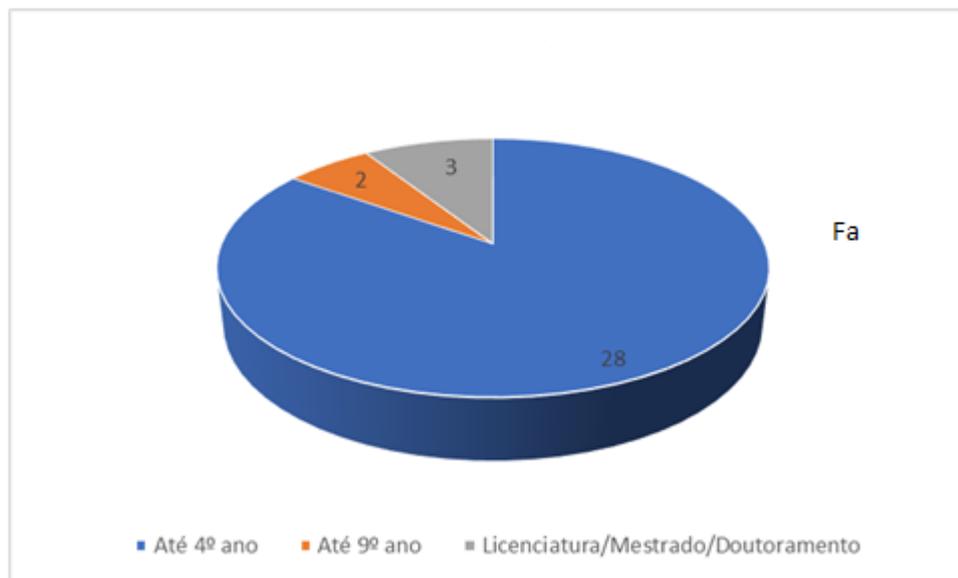
Gráfico nº8 – Estado civil dos Inquiridos



Fonte: Questionário sociodemográfico, 2017

Ao nível da escolaridade, 3 indivíduos apresentam um grau de escolaridade de Licenciatura, 2 pessoas têm o 9º ano, contudo a média tem o 4º ano de escolaridade (gráfico 9), contudo a média ronda o 6º ano. Nesta amostra não havia nenhuma pessoa que não frequentasse a escola, sendo que em alguns casos essa frequência foi enquanto adultos.

Gráfico nº9 – Escolaridade dos Inquiridos

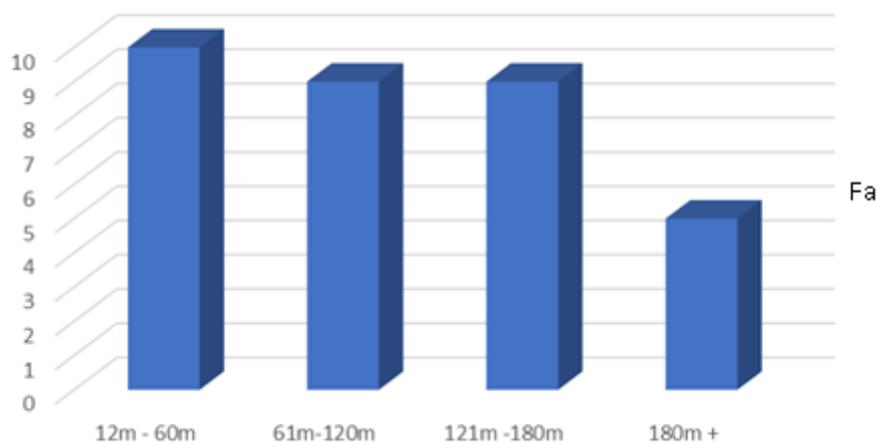


Fonte: Questionário sociodemográfico, 2017

Uma grande parte dos participantes, nomeadamente 30 pessoas, encontra-se reformada, apenas 3 pessoas ainda se encontram com atividade profissional, dado que é coerente uma vez que a amostra tem mais 65 anos de idade.

Em relação aos antecedentes pessoais, em média a amostra foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2 há 9 anos e 6 meses, mas podemos observar que os anos de diagnóstico da diabetes estão muito equiparados, sendo que existem 10 pessoas com diagnóstico no intervalo de 1 a 5 anos, 9 pessoas no intervalo de 5 a 10 anos, 9 pessoas com diagnóstico entre 10 a 15 anos e 5 pessoas em que o diagnóstico foi feito há mais de 15 anos, como observável no gráfico 10. Estes dados são com base no tempo que sabem ter a diabetes, mas sabemos que na diabetes tipo 2, podemos assistir a ausência de sintomas no início, passando despercebido durante anos, muitas vezes descoberta quando existem complicações ou exames de rotina pedidos pelo médico, que posteriormente vai avaliar (Seino et al, 2010).

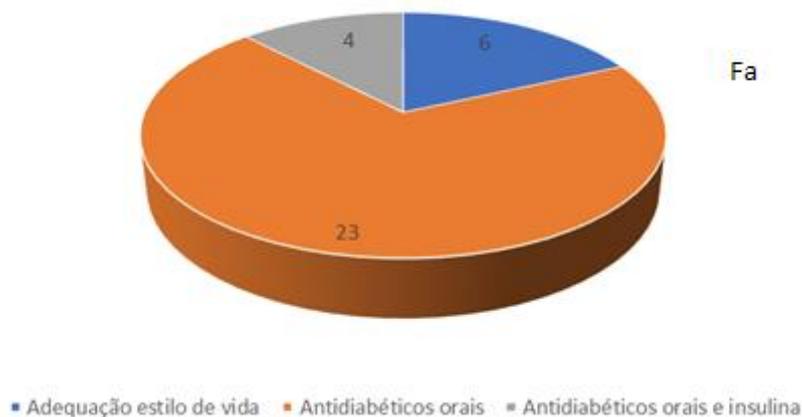
Gráfico nº10- Tempo de evolução da DM II dos Inquiridos



Fonte: Questionário sociodemográfico, 2017

O tratamento realizado pela amostra, relativamente à diabetes é maioritariamente (23 pessoas) terapêutica oral (antidiabéticos), tendo ainda 4 participantes que usam insulina e 6 participantes que apenas adequam o estilo de vida, nomeadamente através da combinação da dieta e exercício físico (gráfico 11). Segundo Bastos et al. (2007), o tratamento deve passar pela adesão ao tratamento farmacológico (quer seja antidiabéticos orais e/ou insulina), mas acima de tudo pela aquisição de comportamentos saudáveis, passando pela dieta, atividade física e a cessação do consumo de tabaco.

Gráfico nº11 - Tratamento dos Inquiridos



Fonte: Questionário sociodemográfico, 2017

No que diz respeito a outras patologias, verifica-se que 23 pessoas da amostra têm outras patologias, sendo de ressaltar que 9 participantes apresentam hipertensão arterial, 3 apresentam cataratas e 4 insuficiência cardíaca.

Estes dados são corroborados pela SPD (2016), que refere que a diabetes é uma das principais causas de morte, estando associada à doença coronária, HTA e ao acidente vascular cerebral. WHO (2016) acrescenta que a diabetes é uma causa bem reconhecida de prematura morte e morbidade, porque aumenta o risco de doença cardiovascular, insuficiência renal, cegueira e amputação dos membros inferiores.

Como complicações consequentes da diabetes mellitus, 22 das 33 pessoas que compõem a amostra não as referenciam, mas 11 pessoas referem já ter complicações devido à diabetes. Segundo a SPD (2016), a continuidade de hiperglicemias origina lesões nos tecidos, nomeadamente a nível dos olhos, nervos periféricos e sistema vascular, rins e coração. Aqui está incluído a retinopatia, nefropatia e neuropatia, complicações que a amostra refere.

Relativamente à escala de atividades de autocuidado com a diabetes foi realizado o quadro 4 com base nos outputs extraídos da base de dados do SPSS.

Quadro nº4 – Médias de dias, valores máximos e mínimos de dias da escala de autocuidado com diabetes

Autocuidado com a diabetes	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
Alimentação Geral	3,9	1	7
Alimentação Específica	3,4	1,86	5,43
Atividade Física	2	0	5,5
Monitorização Glicémia	4,8	0,5	7
Cuidados com os pés	5,1	2,67	7
Medicação	6,5	1	7

Fonte: Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007)

Na primeira categoria correspondente à dieta geral, onde está inserido, a prática de uma alimentação saudável, um plano alimentar recomendado pelo profissional de saúde e o

consumo de cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais, foi verificável que a média da amostra foi de aproximadamente 4 dias por semana, sendo que o ideal seria 7, o que significa a necessidade de intervir neste autocuidado. A APDP (2017), refere que uma alimentação saudável, é uma alimentação equilibrada, variada e fracionada. Sendo que um plano alimentar recomendado pelo profissional de saúde, deve, segundo Coelho et al (2015), ser adequado a cada pessoa, correspondendo às suas necessidades e o profissional de saúde deve ser também motivador e facilitador para que a pessoa adira a esse plano alimentar. Resta ainda ressaltar nesta primeira categoria, relativamente à terceira questão que corresponde à ingestão de cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais, que a APDP (2017), recomenda este consumo, nestas quantidades, porque a fruta e os legumes são ricos em vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes e apesar de a fruta conter frutose, é um açúcar saudável.

Na segunda categoria, ainda referente à alimentação, mas específica, verifica-se uma média 3,4 dias, de consumo de carnes vermelhas, hidratos de carbono, álcool e açúcares, quase metade da semana (7 dias), sendo um resultado que significa um défice de autocuidado nesta área da alimentação específica. Relativamente ao consumo de proteínas, a APDP (2017), refere que se deve dar preferência ao consumo de peixe e ao consumo de carnes brancas, do que ao consumo de carnes vermelhas, que não deve ser superior a duas vezes por semana. Refere ainda que a ingestão de hidratos de carbono são importantes uma vez que são uma fonte energética do sistema nervoso central e permite a síntese proteica, mas devem ser consumidos entre as refeições e não às refeições, muito menos misturando outros hidratos de carbono como as massas, o arroz, porque todos estes alimentos se transformam na mesma quantidade de açúcar tendo o mesmo efeito na subida da glicemia. Ainda nesta categoria é importante referir o consumo de álcool que a APDP (2017) defende que se deve evitar, mas no caso de consumir deve ser apenas um copo às refeições, e o consumo de açúcares deve ser feito só em ocasiões festivas, mas verificamos que apenas 2 pessoas não o fizeram nos últimos 7 dias e 15 pessoas consumiram 4 ou mais dias na última semana.

A terceira categoria relativa à atividade física é observável um défice de autocuidado, porque em média a amostra tem 2 dias de atividade física na última semana, obtendo casos onde a atividade física é nula, é importante ressaltar que a amostra tem 65 ou mais anos, mas como refere a APDP (2017), 30 minutos é o adequado a esta população. Este défice é revela-

dor de uma cultura sedentária, onde desde crianças não é adquirido o hábito do desporto, nem mantido enquanto adultos, refletindo-se enquanto idosos.

Relativamente à avaliação da glicemia capilar, os resultados mostram que em média a amostra faz a avaliação 4,8 dias, é importante a monitorização da glicémia permite que a pessoa com diabetes possa distinguir entre hipoglicemia e hiperglicemia, e ajustar a sua medicação (Salvado, 2012).

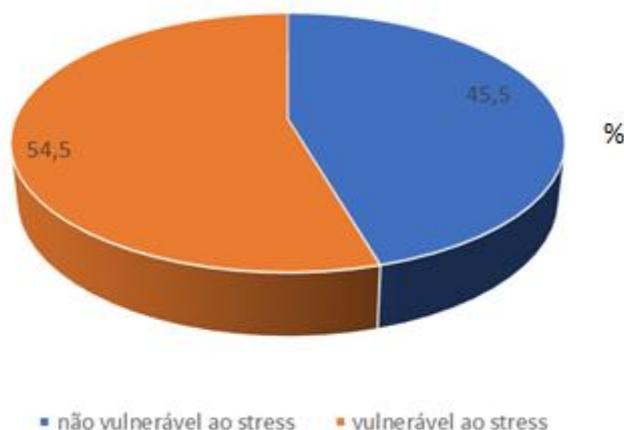
Na quinta categoria é pretendido compreender os cuidados que os participantes têm com os pés, tendo obtido uma média de 5,1 dias. É um cuidado importante porque muitas vezes começa a haver um comprometimento da circulação e sensibilidade das extremidades, nomeadamente os pés.

Na sexta categoria temos a adesão à terapêutica farmacológica de forma correta, obtendo a melhor média a nível do autocuidado, 6,5 dias, tendo apenas 2 pessoas que não cumprem a mediação como prescrito.

Por último, no que se refere ao consumo de tabaco, a maioria da amostra não fuma, tendo apenas um fumador, o que é benéfico para a mostra, uma vez que segundo Lyra et al (2006) o consumo de tabaco reduz a sensibilidade insulínica e eleva a concentração glicémica.

Relativamente à presença da vulnerabilidade ao stress nas pessoas idosas com diabetes, verificou-se uma percentagem de 54,5% correspondente a 18 pessoas que apresentam vulnerabilidade ao stress, como visível no gráfico 12.

Gráfico nº 12 – Vulnerabilidade ao stress.



Fonte: 23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress de Adriano Vaz-Serra (2000)

Ao nível do último objetivo para verificar a existência de relação e o tipo de relação entre o autocuidado com a diabetes e a vulnerabilidade ao stress, foi escolhida a categoria da alimentação específica e efetuado o coeficiente de correlação de Pearson. O resultado foi de -0,334, ou seja, à medida que a vulnerabilidade ao stress aumenta o autocuidado relativamente à alimentação específica (consumo de carnes vermelhas, hidratos de carbono, álcool e açúcar) diminui.

8.5.1 Problemas Identificados

Segundo Tavares (1990), um problema de saúde é definido por um estado de saúde julgado deficiente para um indivíduo ou coletividade.

Em análise aos resultados obtidos identificou-se os seguintes problemas:

- A amostra não ingere a quantidade suficiente de frutas e/ou doses de vegetais, nomeadamente cinco peças diárias;
- Come-se pão acompanhando a refeição do almoço e jantar;
- Mistura-se no acompanhamento da refeição, dois ou mais hidratos de carbono;

- Ingere-se demasiados alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate;
- Não se pratica atividade física durante, pelo menos, 30 minutos diariamente.
- A presença da vulnerabilidade ao stress está presente em 54,5% da amostra.
- A vulnerabilidade ao stress interfere no autocuidado de alimentação específica.

8.5.2 Necessidades Determinadas

Segundo Tavares (1990), uma necessidade corresponde à diferença entre um estado atual e aquele que é pretendido atingir. A necessidade serve para remediar o problema identificado.

Assim, foram identificadas as seguintes necessidades:

- Abordar o tema da ingestão de frutas e/ou legumes;
- Esclarecer o consumo de hidratos de carbono na pessoa com diabetes;
- Elucidar a amostra sobre a ingestão de açúcares e os seus efeitos;
- Que a amostra compreenda a importância da atividade física;
- Diminuir a presença de vulnerabilidade ao stress na pessoa com diabetes.

8.6 definição de prioridades

A última etapa do diagnóstico da situação corresponde à definição dos problemas de saúde de uma população numa determinada área, devendo ser selecionados os problemas considerados mais relevantes e definir as prioridades de atuação. Neste processo os critérios de hierarquização dos problemas a utilizar de forma a rentabilizar os recursos existentes e a eliminar a subjetividade na sua seleção, são a magnitude do problema, a transcendência e a sua vulnerabilidade. (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após a identificação dos problemas e determinadas as necessidades, a mestranda e o enfermeiro orientador, priorizaram os problemas de saúde e agruparam, no sentido de dar uma resposta eficaz, considerando prioritário direcionar a sua atuação para a educação sobre a alimentação da pessoa com diabetes, assim como atividade física e a diminuição da vulnerabilidade ao stress presente na pessoa com doença crónica, nomeadamente na pessoa com diabetes. A realização do estágio permitiu ir ao encontro da prioridade determinada no decorrer da consulta de diabetes e no contato com a amostra.

9 ANÁLISE REFLEXIVA DOS OBJETIVOS

Em Portugal, tal como na Europa, as tendências demográficas demonstram um aumento da expectativa de vida e uma redução do número de nascimentos, em conjunto, estes dois fatores têm como efeito o envelhecimento da população, o que, por sua vez, tem repercussões em várias áreas da sociedade, tais como o crescimento económico e o sistema nacional de saúde. Segundo os últimos Censos de 2011, o atual Índice de Envelhecimento é de 128.6, o que significa que em cada 100 jovens existem 128 pessoas idosas (Fonseca et al, 2014 citando INE, 2011). De acordo com os Censos em questão, Portugal apresenta transformações demográficas tendo recuado a percentagem de jovens para 15% é acrescido do aumento de pessoas idosas para 19% (Vieira, Amaral & Sousa, 2016). Estes valores subiram consideravelmente nos últimos anos, o que torna a problemática do envelhecimento uma área de atuação prioritária.

Desta forma torna-se pertinente que os objetivos das intervenções de enfermagem incidam ao nível da população idosa que continua a crescer e a ser uma faixa etária que deve ter uma atuação primária, contribuindo para o envelhecimento saudável. O aumento do envelhecimento populacional traz vários desafios para a sociedade, nomeadamente o aumento da incidência e da prevalência das chamadas doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), que podem interferir na qualidade de vida dos idosos quando não são devidamente acompanhados, pois comprometem a sua independência e a autonomia, desta forma as atividades desenvolvidas nos estágios tiveram sempre como objetivo contribuir para um envelhecimento ativo.

As atividades desenvolvidas no estágio foram ao encontro dos objetivos de estágio: conceber e planear projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado; coordenar, dinamizar e participar em projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção de saúde em diferentes contextos e avaliar projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos. Neste sentido foi elaborado o diagnóstico de saúde de uma população, efetuado um projeto de intervenção, tendo dinamizá-lo e avaliando-o. Com base no diagnóstico e em tudo referido no parágrafo anterior a temática foi sobre o autocuidado com a diabetes e o stress em idosos com diabetes mellitus tipo 2, tendo os objetivos delineados correspondido às necessidades identificadas. Neste sentido, como refere Nagai, Chubaci & Neri (2012) “pode-se dizer que o tratamento medicamentoso e não medicamentoso depende, principalmente, da atitude do próprio indivíduo frente ao autocuidado”, sendo o autocuidado as atividades que os idosos exercem para recuperar e manter a sua saúde e bem-estar. No entanto, o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e o lidar diariamente com a doença podem desencadear reações emocionais como sentimentos de ansiedade, stress, revolta, medo, tristeza e depressão, que interferem, direta ou indiretamente, no desempenho do autocuidado (Santos-Filho, Rodrigues & Santos, 2008, citado por Nagai et al, 2012).

9.1 Objetivos a Atingir com a População-Alvo

Perante os dados apresentados e no seguimento do diagnóstico de situação e conseguinte definição de prioridades, foram definidos os objetivos pretendidos a atingir com o projeto implementado durante o estágio com a população-alvo.

A fixação de objetivos que segundo Tavares (1990:115), é a terceira etapa de processo do planeamento, delinea que estes devem ser "... geradores de mensagens sobre o comportamento e estados desejáveis, relativamente à população-alvo.". De acordo com Imperatori & Geraldés (1993:77) a etapa da fixação dos objetivos "é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa".

Seguindo desta forma a metodologia do planeamento em saúde iniciada previamente com o diagnóstico de situação, o objetivo geral foi ao encontro das necessidades da população alvo:

- Promover a adesão às atividades do autocuidado alimentação/atividade física e diminuição da vulnerabilidade ao stress, num grupo de pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2.

Segundo Tavares (1990:119), os objetivos devem ser pertinentes, exatos, realizáveis e mensuráveis, sendo que "os objetivos específicos contribuem assim para que o objetivo geral seja atingido". Assim como objetivos específicos foram definidos:

- Contribuir para que o grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP adquira conhecimento sobre novos hábitos ao nível do autocuidado alimentação, nomeadamente na ingestão de hidratos de carbono, frutas e doces;

- Conseguir que o grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP reconheça a importância da atividade física durante, pelo menos, 30 minutos diariamente;

- Promover a capacitação para a gestão de stress do grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP, através da adesão à atividade programada.

Segundo Tavares (1990:120), na definição de objetivos devem-se seguir quatro etapas: “seleção de indicadores; projeção da tendência; projeção e previsão dos problemas prioritários; fixação dos objetivos a atingir e por ultimo tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas”. O indicador “representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” (Tavares, 1990:120). Quer Tavares, quer Imperatori & Giraldes fazem a distinção entre os indicadores de resultado ou impacto, que permitem medir a alteração verificada na situação atual desse problema, e os de atividade ou execução, que permitem quantificar a atividade desenvolvida pelo planificador. Por outro lado, uma meta “é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade.” (Imperatori & Giraldes 1993:80). No quadro nº5 estão sistematizados os objetivos específicos, indicadores de atividade, as respetivas atividades e metas que foram definidas neste projeto.

Não foram apresentados indicadores de resultado ou impacto em contexto da metodologia do planeamento em saúde, que medem “... as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema.” (Tavares, 1990:120), uma vez que o estágio teve a duração de quatro meses e meio, tempo do contato da mestranda com a amostra, sendo que as alterações dos indicadores de resultado, requerem a avaliação das alterações verificadas a médio-longo prazo nos problemas que foram identificados. Todavia, a mestranda espera que este estágio, através do contato com a população, nomeadamente nas consultas da diabetes, na visita domiciliária, contatos telefónicos e na execução das atividades, contribuíssem para que a amostra tenha adquirido e continue a alcançar um maior autocuidado com a alimentação e atividade física, assim como uma melhor gestão do stress, este impacto poderá ser medido daqui a 1 ano através da aplicação dos mesmos instrumentos.

10 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS

Segundo Imperatori e Giraldes (1982) citado por Tavares (1990:145) as estratégias são “um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados, inflitando a tendência de evolução natural dos problemas”. De igual forma, Tavares (1990) destaca que a escolha de uma estratégia se deve respeitar quatro parâmetros, os custos; os obstáculos; a pertinência; as vantagens e desvantagens.

Foram selecionadas as seguintes estratégias:

- Articulação e envolvimento com a Câmara Municipal;

O desenvolvimento desta parceria foi fundamental, uma vez que permitiu mobilizar recursos disponíveis na comunidade e como refere Stanhope & Lancaster, (2011), é importante que haja a criação de uma relação entre as pessoas e as organizações, para que todas as partes trabalhem conjuntamente para alcançar uma meta comum a todos. Para a execução de todas as atividades tornou-se imprescindível, a participação da Câmara Municipal, que dispõe de recursos materiais e humanos e desta forma foi possível existir uma verdadeira participação comunitária e conseqüentemente o sucesso do projeto.

Tratando-se de um projeto do centro de saúde, na primeira quinzena foi efetuado pelo enfermeiro orientador o contato por correio eletrónico com a Câmara Municipal, nomeadamente com o Sr. Presidente explicando o projeto que se pretendia desenvolver, os objetivos e respetivas intervenções. Desta forma foi pedido a sua colaboração para a utilização do auditório e sala contígua, pertencente à Câmara para a execução das sessões de educação para a saúde e atividades para o dia 28 de novembro e 12 de dezembro de 2017, obtendo uma resposta positiva da instituição. Posteriormente foi feita a articulação com os funcionários do auditório para que no dia da atividade tudo decorresse como planeado, verificando condições do som e da sala contígua ao auditório onde decorreu a atividade do exercício físico.

Na semana antecedente a 28 de novembro decorreu uma reunião com o enfermeiro orientador, a mestrande e dois professores de educação física, que são funcionários da Câmara

Municipal e habitualmente trabalham com a população idosa, no sentido de transmitir os objetivos do projeto e da atividade pretendida. Foi também fornecido um feedback relativamente à sessão de educação para a saúde sobre o exercício físico que antecedia a atividade para que houvesse uma continuidade entre a Educação Para a Saúde (EPS) e atividade, cumprindo os horários e tendo subjacente que existe uma grande resistência por parte dos idosos na realização da prática de atividade física muito relacionada com as dores advindas de comorbidades (Torres, Santos & Cordeiro, 2014).

- Elaboração de sessões de educação para a saúde a um grupo de pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2 inscritos na UCSP;

A educação para a saúde é segundo a OE (2011: sp) “... criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco”, sendo uma estratégia importante neste projeto como refere a Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a OE (2011: sp) “... é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida...”, “...e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades.” Desta forma o pretendido foi promover empoderamento à população-alvo através de sessões de educação para a saúde nomeadamente ao nível do autocuidado da alimentação e exercício físico no idoso com diabetes, indo ao encontro das necessidades prioritárias identificadas durante o diagnóstico. Empowerment é um conceito que Sousa (2009) refere que “...surge na sequência da filosofia da Declaração de Alma-Ata em 1978, que pela primeira vez reconheceu a importância de as pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde.”

Tendo como base o Plano Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, as recomendações do Parlamento Europeu e o resultado do diagnóstico de saúde realizado no estágio anterior, as áreas de atuação prioritárias foram o autocuidado com a alimentação e atividade física, sendo aqui as incidências das educações para a saúde planeadas (Apêndice 3 e 4), no sentido de integrar nestas sessões o conhecimento mais atual, desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura.

- Criar mecanismo de informação à população;

Salci et al (2013), "... a informação tem por base ajudar na escolha de comportamentos, na prevenção de doenças, no desenvolvimento de uma cultura de saúde e na democratização das informações." Segundo Sousa (2009), é necessário que as pessoas tenham conhecimentos e competências na área da saúde para poderem participar nas decisões. Desta forma durante a primeira semana de novembro decorreu a reunião com representantes do boletim Noticias do Concelho no sentido de apresentar o projeto que se pretendia desenvolver a sua importância e objetivos, obtendo a sua colaboração para que fosse divulgado o conteúdo das sessões de educação para a saúde para abranger toda a população e servindo de reforço do ensino à amostra. Foi escolhido este boletim porque tem muita adesão da população idosa do Concelho tendo fácil acessibilidade da parte da população.

- Avaliação das sessões e atividades desenvolvidas;

No final das sessões foi avaliada a adesão às mesmas, assim como a adesão às atividades contando o número de participantes tal como se apresenta nos indicadores:

$$\frac{\text{Número de participantes na sessão}}{\text{Número de participantes convocados}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de participantes que participaram na atividade}}{\text{Número de participantes convocados}} \times 100$$

11 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ATIVIDADES

A primeira fase desta etapa na elaboração do projeto foi o estudo pormenorizado das atividades necessárias na execução das estratégias selecionadas (Imperator & Giraldes, 1993). Como refere Tavares (1990), no início desta etapa devem ser especificadas as atividades do projeto, sendo que estas devem ser definidas em função dos objetivos e metas estabelecidas, para não se desperdiçar recursos. Cada atividade desenvolvida deve ter especificamente, como referido por Tavares (1990:169), “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade.”

Assim foram definidas e executadas as atividades abaixo descritas e realizado o cronograma se encontra no apêndice 5 deste relatório, sendo este um importante instrumento de orientação quer, para o avaliado, quer para o avaliador. O cronograma realizado foi de GANTT que é “um gráfico de dupla entrada, onde as linhas são constituídas pelas atividades e as colunas pelos períodos de tempo considerados.” (Tavares, 1990:173). Destaca-se a importância de se recorrer ao cronograma facilitando a esquematização cronológica das estratégias e atividades definidas e melhor orientação da mestrandia. O cronograma não é estanque e houve necessidade de sofrer alterações na fase final, não sendo aplicados novamente os questionários na fase da avaliação, como se tinha planeado. Foi efetuada uma avaliação de processo e não de impacto (com a aplicação novamente dos questionários), pois o tempo em que decorreu o estágio, não é suficiente para levar a cabo a mesma. Propondo-se a sua reaplicação no 2º semestre de 2018, para avaliar se as intervenções se devem perpetuar tendo tido resultados positivos no autocuidado ou se estas devem ser reformuladas.

As atividades foram delineadas de forma a responder aos objetivos específicos propostos, como é observável no quadro 5, assim como os respetivos indicadores e metas. Foram fundamentadas as intervenções correspondentes a cada um dos objetivos, norteando e estruturando o progresso do projeto, mas foi o conjunto das intervenções desenvolvidas que contribuíram para a realização do objetivo geral.

Quadro nº 5 - Objetivos Específicos, Indicadores de Atividade ou Execução, Atividades e Metas

Objetivos Específicos	Indicadores de Atividade ou Execução	Atividade	Metas
- Contribuir para que o grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP, adquira conhecimento sobre novos hábitos ao nível do autocuidado alimentação, nomeadamente na ingestão de hidratos de carbono, frutas e doces;	- (Número de participantes na sessão/ Número de participantes convocados) × 100%	- Sessão de educação “Melhor Comer, Melhor Viver” sobre a alimentação da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 e mais de 65 anos, nomeadamente a nível dos hidratos de carbono, frutas e doces.	- Alcançar a participação de 75% dos idosos na sessão de educação para a saúde.
- Conseguir que o grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP reconheça a importância da atividade física durante, pelo menos, 30 minutos diariamente;	- (Número de participantes na sessão/ Número de participantes convocados) × 100% - (Número de participantes que participaram na atividade/ Número de participantes convocados) × 100	- Sessão de educação promovendo o conhecimento da importância da atividade física na diabetes mellitus tipo 2. - Atividade de exercício físico adequado à pessoa diabetes mellitus tipo 2 e mais de 65 anos.	- Conseguir a participação de 75% dos utentes convidados - Conseguir que 75% dos utentes convidados participem na atividade de exercício físico
- Promover a capacitação para a gestão de stress do grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP, através da adesão à atividade programada.	- (Número de participantes na atividade/ Número de participantes convocados) × 100	- Sessão de relaxamento adequado a pessoa com mais de 65 anos.	- Conseguir a participação de 75% dos utentes convidados na atividade de exercício físico

Desta forma a fim de esquematizar a etapa da preparação da execução das atividades desenvolvidas, recorreu-se a tabelas, de acordo com cada estratégia selecionada, onde é especificado quem, quando, onde, como, previsão de recursos contemplados nesta etapa e forma de avaliação.

1. Sessão de educação para a saúde sobre a alimentação da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 com mais de 65 anos, nomeadamente a nível dos hidratos de carbono, frutas e doces, denominada “Melhor Comer, Melhor Viver”, esquematização da atividade quadro 6 e o plano de Sessão encontra-se no apêndice 6 do presente relatório.

Relativamente a esta primeira sessão de educação para a saúde foi efetuada tendo em conta o que Rosmawati, Rohana & Manan (2013), referiram, a necessidade do enfermeiro programar educações para a saúde ao nível das práticas de autocuidado como a alimentação, o exercício físico, a avaliação da glicémia e gestão do stress, sendo que a alimentação gera dúvidas e preocupações em muitas pessoas no que se refere ao tratamento da diabetes, existindo muitas vezes crenças pessoais nesta área, especialmente em relação à existência de alimentos nocivos ou proibidos e que podem interferir na adesão ao autocuidado. Nesta atividade contemplou-se um aspeto importante o tema da ingestão de hidratos de carbono e a sua contagem a cada refeição, que segundo o estudo de Cortez, Macedo, Souza, Santos, Afonso, Reis & Torres (2017) estes interferem nos resultados na diminuição dos valores da HbA1c. O autocuidado com a alimentação é um ponto central na educação para a saúde, assim como o exercício físico.

Quadro nº6 – Planificação da sessão de educação para saúde: “Melhor Comer, Melhor Viver”

População – alvo	Local	Recursos materiais	Recursos humanos	Como	Quando	Financiamento:	Avaliação
Grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus	Biblioteca Municipal	Auditório, computador, projetor	Câmara Municipal, Biblioteca Municipal, Enfermeiro Orientador	Apresentação de diapositivos e debate entre os participantes.	Dia 12 de Dezembro das 9h30m às 10h30m	Não apresenta	(Número de participantes na sessão/ Número de participantes convocados)

tipo 2 inscritos na UCSP e residentes no Concelho			e Mestranda				× 100
---	--	--	-------------	--	--	--	-------

2. Sessão de educação para a saúde promovendo o conhecimento da importância da atividade física na Diabetes Mellitus tipo 2. “Mexer é Viver” esquematização da atividade quadro 7 e o plano de Sessão encontra-se no apêndice 7 do presente relatório

Segundo Torres et al (2014) existe uma grande resistência por parte das pessoas na realização da prática de atividade física formal de forma regular, apontando motivos como a falta de tempo e de espaço para sua realização, assim como as dores advindas de comorbidades (muito presentes nos idosos) ou a falta de companhia, desta forma na planificação da conseguinte sessão de educação para a saúde e respetiva execução, estes aspetos formam considerados.

Quadro nº7 – Planificação da sessão de educação para saúde: “Mexer é viver”

População – alvo	Local	Recursos materiais	Recursos humanos	Como	Quando	Financiamento:	Avaliação
Grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP e residentes no Concelho	Biblioteca Municipal	Auditório, computador, projetor	Câmara Municipal, Biblioteca Municipal, Enfermeiro Orientador e Mestranda	Apresentação de diapositivos e debate entre os participantes.	Dia 28 de Novembro das 9h30m às 10h30m	Não apresenta	(Número de participantes na sessão/ Número de participantes convocados) × 100

3. Atividade de exercício físico adequado à pessoa Diabetes Mellitus tipo 2 e mais de 65 anos.

Esta atividade foi delineada com base no diagnóstico de saúde e determinação de prioridades, mas também no facto de em Portugal a DGS (2016) ter a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar 2016-2025. Tendo por base as recomendações da OMS na adoção de instrumentos estratégicos facilitadores não só da organização dos serviços, como ainda da formação de profissionais e da distribuição de recursos que promovam a atividade física e que se criem contextos facilitadores para a realização de atividade física, quer nos locais onde as pessoas vivem, quer a nível laboral, diminuindo-se assim o sedentarismo.

Virtuoso-Júnior, Tribess, Menezes, Meneguci & Sasaki (2016) realizaram um estudo que reafirma o facto de que idosos mais inativos apresentam maior probabilidade de incapacidade funcional na realização das atividades de vida diárias e que “um dos mecanismos pelos quais a atividade física pode prevenir a incapacidade funcional é por meio da atenuação de declínios fisiológicos relacionados ao envelhecimento. Tais declínios frequentemente estão relacionados a limitações funcionais” (Virtuoso-Júnior et al., 2016:6). Os mesmos autores referem a importância da existência de intervenções que estimulem a prática de exercício físico nos idosos, tendo em vista a sua manutenção funcional, uma vez que associada a esta prática surge a conservação das funções cardiorrespiratórias, musculoesqueléticas e neuromusculares. Tal como foi dito anteriormente a inatividade física, “é um importante fator de risco para diversos problemas de saúde, como as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a obesidade, a osteoporose, a diabetes tipo II e algumas condições de saúde mental” (Neves, 2014: 3, citando Bij et al., 2002).

O Instituto do Desporto de Portugal (IDP, I.P., 2009) refere que cada vez mais os dados indicam a importância da atividade física junto dos idosos com idade mais avançada, uma vez que se constitui como um importante determinante do seu nível de forma física e da sua capacidade continuada de levarem a cabo uma vida independente. Um indivíduo que tenha uma capacidade de exercício diminuída irá precisar de uma menor e menos intensa atividade para obter benefícios em saúde. “Como a capacidade de exercício dos adultos tende a diminuir à medida que envelhecem, os adultos mais velhos têm geralmente capacidades de exercício

mais baixas do que as pessoas mais jovens” (WHO, 2010:32). Para que a atividade física fosse adequada à amostra, com as suas limitações inerentes à idade e comorbilidades, foi envolvido os professores de educação física, que colaboram na Universidade Sénior e têm esta área de atuação, contribuindo para que a atividade respondesse às necessidades verificadas e fosse de encontro aos objetivos propostos.

Quadro nº8 – Planificação da atividade de exercício físico

População-alvo	Local	Recursos materiais	Recursos humanos	Como	Quando	Financiamento:	Avaliação
Grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP e residentes no Conselho	Biblioteca Municipal	Sala contígua ao auditório, computador, colunas, esteiras	Câmara Municipal, Biblioteca Municipal, Professores de Educação Física Enfermeiro Orientador e Mestranda	Método Demonstrativo e método Ativo	Dia 28 de Novembro das 10h30m às 11h	Águas para participantes	(Número de participantes que participaram na atividade/ Número de participantes convocados) × 100

4. Sessão de relaxamento adequado a pessoa com mais de 65 anos.

Relativamente ao autocuidado na diabetes é ainda importante o enfermeiro inserir nas educações para a saúde a gestão do stress, porque têm influência no autocuidado, segundo Markle-Reid, Ploeg, Fraser, Fisher, Bartholomew, Griffith, ... & Upshur (2017) cerca de um terço das pessoas com diabetes apresentam distúrbios depressivos e os idosos com diabetes mellitus tipo 2 apresentam maior risco de depressão do que os mais jovens, estando diretamente interligada a um menor autocuidado.

Desta forma planificou-se esta atividade de forma a incluir além das estratégias educacionais e comportamentais as psicossociais, porque estas últimas assumem um papel crucial para aumentar a motivação dos idosos, diminuir o stress e servir de apoio social, quer seja da parte dos profissionais de saúde, quer seja da família. Este apoio assume um papel importante principalmente quando os níveis de stress são elevados e as pessoas com diabetes mellitus sentem-se cansadas devido à sua frustração nomeadamente com o não controlo dos níveis de glicose no sangue (Choi, Song, Chang & Kim, 2014).

Quadro nº9 – Planificação da sessão de relaxamento

População - alvo	Local	Recursos materiais	Recursos Humanos	Como	Quando	Financiamento:	Avaliação
Grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP e residentes no Concelho	Biblioteca Municipal	Sala contígua ao auditório, computador, colunas, esteiras	Câmara Municipal, Biblioteca Municipal, Enfermeiro Orientador e Mestranda	Método Demonstrativo e método Ativo	Dia 28 de Novembro das 11h às 11h30m	Não apresenta	(Número de participantes que participaram na atividade/ Número de participantes convocados) × 100

12 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO E SEGUIMENTO “FOLLOW UP” DO PROJETO

A divulgação do projeto, nomeadamente, das atividades foi realizada no site da Câmara Municipal através da propagação das sessões de educação para a saúde e atividades inicialmente propostas e realizadas no âmbito do autocuidado da diabetes e da gestão do stress.

Igualmente foi realizada a divulgação das intervenções efetuadas no Boletim Noticias do Concelho, contribuindo para que estas sejam divulgadas à comunidade de forma a garantir o conhecimento e abrangência da população, ajudando o seu sucesso. Desta forma, os meios de comunicação social ocuparam um lugar de destaque nesta divulgação, com a finalidade de transmitir a informação pretendida e ser geradores de mudança na comunidade e exercer influência na vida das pessoas.

Relativamente ao seguimento do projeto, esta etapa permite supervisão ou verificação do projeto, e decorre desde o estabelecimento de objetivos, à implementação do projeto e à aquisição de resultados. O follow-up permite-nos efetuar a monitorização da implementação das intervenções, conforme afirma Madeira (2013) segundo Pinheiro (2010), e destina-se a avaliar o grau de implementação dessas intervenções e recomendações formuladas, bem como a oportunidade de interpor medidas corretivas.

Após a execução das intervenções foi feito follow-up pela mestrande e enfermeiro orientador, no âmbito do Estágio final através de contatos telefónicos à amostra, onde se percebeu se estes apresentavam dúvidas relativamente ao autocuidado alimentação e exercício físico, temas abordados na sessão de educação para a saúde, assim como outra qualquer dúvida relativamente ao autocuidado com a diabetes. Segundo Becker, Teixeira, Zanetti, Pace, Almeida & Torquato (2017) as intervenções telefónicas são também uma forma de capacitar pacientes e familiares na gestão do seu autocuidado, podendo-se fazer educação em saúde e supervisão de pacientes por meio de suporte telefónico. Desta forma, esta intervenção de enfermagem pode ser uma estratégia educativa, permitindo que os pacientes tenham um seguimento, respondendo a questões que tenham e possam ser motivados sobre os objetivos de mudança de comportamento (Cortez et al 2017).

De futuro sugere-se realizar o seguimento do projeto através da realização do reforço de sessões de educação para a saúde sobre as temáticas semestralmente, onde os participantes poderão retirar dúvidas, e que no fim do 2º semestre do ano 2018 sejam aplicados os questionários deste projeto, comparando-os com os resultados do ano 2017, de forma a compreender se as estratégias e intervenções devem ser mantidas ou reformuladas.

Segundo Torres et al (2014) existem barreiras no autocuidado das pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2 como exemplo a necessidade de mudança no estilo de vida que gera insatisfação e resistência, complicações da doença ou idade avançada. Desta forma as intervenções de enfermagem, nomeadamente as educações para a saúde devem ser repetidas - os programas de capacitação para doenças crónicas devem ser perpetuadas pela equipa de saúde, (Cortez et al 2017), tendo subjacente que os idosos precisam de estratégias para superar os problemas relacionados ao envelhecimento, como o declínio da memória e a má compreensão da autogestão da diabetes (Choi et al 2014).

No seguimento deste projeto deve-se sempre respeitar os recursos existentes e ir de encontro aos objetivos delineados. Este seguimento do projeto poderá futuramente ser alargado ao restante Concelho, claro que tendo em conta os recursos disponíveis e observando as considerações éticas necessárias (respetivos pedidos de autorização).

13 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Segundo Tavares (1990:205), a avaliação deve ser precisa e pertinente e “...a sua função primeira é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo”, esta avaliação foi feita com o objetivo de perceber a eficácia entre os objetivos propostos e as atividades realizadas com os respetivos recursos. Servindo também para compreender se é necessário alterar ou corrigir o processo de planeamento.

13.1 Avaliação dos Objetivos

Para este projeto de intervenção foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1) Contribuir para que o grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP adquira conhecimento sobre novos hábitos ao nível do autocuidado alimentação, nomeadamente na ingestão de hidratos de carbono, frutas e doces;

2) Conseguir que o grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP reconheça a importância da atividade física durante, pelo menos, 30 minutos diariamente;

3) Promover a capacitação para a gestão de stress do grupo de pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos na UCSP, através da adesão à atividade programada.

Relativamente ao primeiro objetivo citado este foi avaliado através do indicador de execução:

$$\frac{\text{Número de participantes na sessão}}{\text{Número de participantes convocados}} \times 100$$

Desta forma tendo a participação de 31 pessoas da população-alvo na sessão de educação para “Melhor Comer, Melhor Viver” sobre a alimentação, nomeadamente a nível dos hidratos de carbono, frutas e doces, obteve-se uma percentagem de adesão de 93,9%, superando a meta inicialmente projetada de 75% de aderência na sessão.

Para avaliar o segundo objetivo traçado projetou-se 2 indicadores de execução uma vez que foi efetuado uma sessão de educação para a saúde e uma atividade para dar resposta ao objetivo, sendo eles:

$$\frac{\text{Número de participantes na sessão}}{\text{Número de participantes convocados}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de participantes que participaram na atividade}}{\text{Número de participantes convocados}} \times 100$$

Número de participantes convocados

Neste dia foi realizada primeiramente a sessão de educação para a saúde no auditório, acerca de “Mexer é Viver” promovendo o conhecimento da importância da atividade física, e posteriormente a atividade que foi um exercício físico na sala contígua do auditório, tendo sido pedido à amostra aquando do convite para a sua presença vestuário confortável e tendo a colaboração dos professores de educação física. Obteve-se a presença e colaboração de 31 participantes da população-alvo num universo de 33. Posto isto obteve-se em cada indicador uma percentagem de 93,9% de adesão para uma meta proposta de 75%, tendo o objetivo sido atingido.

Para avaliação do terceiro objetivo foi estabelecida uma meta de 75% de aderência num seguinte indicador:

$$\frac{\text{Número de participantes que participaram na atividade}}{\text{Número de participantes convocados}} \times 100$$

Número de participantes convocados

Desta forma após a atividade de realização de exercício físico foi efetuada uma sessão de relaxamento pela mestranda com uma adesão de 93,9% da população-alvo e um feedback muito positivo dos mesmos. Este último objetivo específico foi atingido uma vez que a meta delineada era de 75% de aderência da população-alvo.

As sessões e atividades decorreram de forma interativa e não unidirecional, dando espaço à população alvo para esclarecer dúvidas e tecer comentários, tendo sempre a mestranda o respeito de responder às questões de forma esclarecedora, sendo visível o interesse demonstrado pelos participantes que refletiam um sentimento de identificação com o tema exposto.

Os objetivos específicos atingidos contribuem desta forma para ser alcançado o objetivo geral do projeto que é “promover a adesão às atividades do autocuidado alimentação/atividade física e diminuição da vulnerabilidade ao stress, num grupo de pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2” no seu quotidiano de forma a terem mais e melhor qualidade de vida e diminuir as complicações provindas da diabetes.

Além da participação da amostra, uma vez que as ações foram divulgadas no site da Câmara Municipal tiveram uma adesão de toda a população, obtendo um total de cerca de 70 pessoas do Concelho que se mostraram interessadas nos temas das sessões e quiseram participar das mesmas. Consideramos um indicador, de necessária continuidade desta intervenção, uma vez que os idosos participaram de forma voluntária, solicitando a continuidade das mesmas.

13.2 Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas

Apesar de a avaliação intermédia ser a última fase do planeamento em saúde, esta avaliação intermédia possibilita-nos introduzir medidas corretivas, alterando atividades ou estratégias de forma a dar resposta aos objetivos estabelecidos.

Ao longo da implementação das intervenções planeadas para o desenvolvimento do projeto de intervenção foi-se avaliando como estavam a decorrer através das consultas de enfermagem da diabetes com a amostra e através de visitas domiciliárias efetuadas no contexto do estágio onde abrangeu alguns elementos da amostra. Apesar de as intervenções relacionados com o projeto terem sido as mais aprofundadas, durante o estágio participou-se na visitação domiciliária, onde se contactou entre outros utentes e com os idosos que fizeram parte da amostra onde se efetuou a intervenção descrita.

A visita domiciliária é uma forma de contemplar as necessidades do indivíduo, além de estimular a adesão ao tratamento a partir das práticas de autocuidado e de promover a aproximação do profissional de saúde à realidade daquele idoso com diabetes mellitus tipo 2 e adequar os ensinamentos relativos ao autocuidado aquela pessoa singular (Torres et al 2014).

Através da observação e contato com os participantes percebeu-se que não existiu necessidade de modificar o projeto implementado, apenas foram alteradas datas das divulgações delineadas inicialmente, por conveniência boletim de Notícias do Concelho, não implicando alterações no objetivo geral do projeto.

13.3 Avaliação da Implementação do Projeto

O projeto acerca do “Autocuidado na diabetes tipo II e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano” foi ao encontro das necessidades apresentadas pela população, assim como sentidas pela equipa multidisciplinar do Centro de Saúde, especificamente da UCSP. Desde o início obteve-se a colaboração e envolvimento de todos os profissionais, tendo sido incansável o enfermeiro orientador na sua implementação. Este projeto além de ter revelado a sua pertinência, mostra-se uma mais-valia para que os enfermeiros possam dar continuidade, tendo sido sempre envolvidos na sua realização desde início (até porque se tratou de um projeto proposto pelo centro de saúde), encontra-se elaborado e vai ao encontro a uma área prioritária da USCP.

As atividades planeadas durante o período do estágio final foram concretizadas, mas além dos indicadores anteriormente referidos é necessário ressaltar que as estratégias previstas foram totalmente implementadas, com a colaboração e empenho de todos os parceiros, tornando possível uma avaliação positiva do projeto de intervenção. Segundo Flynn & Dennis (1999) citados por Nunes (2011:21): “A chave para conseguir a saúde para todos é através da participação comunitária, porque os membros da comunidade bem informados e motivados participam no planeamento, implementação e avaliação dos programas de saúde”, neste seguimento o envolvimento com entidades da comunidade tornou-se crucial, apresentando-se desde logo disponíveis e preocupados das necessidades apresentadas pela população, mostrando-se recetivos e presentes nas sessões, embora consciencializados que este tem de ser um trabalho longitudinal e que muito há ainda a fazer.

É ainda de referir que relativamente ao objetivo do projeto “promover a adesão às atividades do autocuidado alimentação/atividade física e diminuição da vulnerabilidade ao stress, num grupo de pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2”, este foi atingido segundo informações dos contatos telefónicos e visitas domiciliárias, podendo haver aquisição de conhecimento e modificação de alguns hábitos de vida da população idosa, nomeadamente ao nível da alimentação, exercício físico e gestão de stress. Provavelmente devido ao facto de ter sido mais abrangente (englobando mais pessoas além da amostra), com a presença da população nas sessões e através da leitura do boletim, esta proporcionou “empoderamento” à população acerca das temáticas do projeto, contribuindo para a autorresponsabilização dos

mesmos na promoção da sua saúde e na prevenção de doenças. Tal só poderá ser avaliado com a nova aplicação dos instrumentos, tal como foi sugerido.

Desta reflexão de avaliação surgem algumas sugestões futuras remetendo para que as estratégias educacionais devem incidir na atenção personalizada e serviços integrados de saúde, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde, onde a equipa multidisciplinar deve ser uma realidade nos cuidados primários de forma a dar resposta a todas as dimensões relacionadas com o autocuidado, reduzindo as barreiras à educação de autogestão, englobando a gestão de stress e desenvolvendo cuidados centrados na pessoa como ser individual, provido de crenças e valores.

14 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

As intervenções de enfermagem estão constantemente em mudança, adequando-se aos problemas de saúde, que cada vez são mais complexos e procuram respostas adequadas às necessidades sentidas pelas pessoas/população/sociedade. Desta forma, as práticas de enfermagem têm-se desenvolvendo e aperfeiçoando ao longo do tempo, mas o campo de atuação torna-se vasto, passando pelo “saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem” (Serrano, Costa & Costa, 2011: 16), sendo preciso delimitar um campo de competências de modo a aprimorar as mesmas.

Durante o período de estágio, as atividades desenvolvidas, nomeadamente a prestação de cuidados de enfermagem, especificamente ao nível de cuidados específicos do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, de saúde pública e de mestre, permitiram desenvolver competências ao nível dos saberes (saber-saber; saber-fazer, saber-estar e saber-ser). A componente teórica, saber-saber, serviu de base para o saber-fazer, mas existe uma interliga-

ção circular entre elas aliadas ao saber-ser e ao saber-estar, uma vez que através da análise crítico-reflexiva, se questionou a teoria e a complementou. Assim, são várias as competências que o estágio permitiu desenvolver como refere (Serrano et al 2011: 16): cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); afetivas (a arte de cuidar); estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações), tendo existindo sempre subjacente a capacidade de reflexão dos próprios atos, assim como aquisição sistemática de conhecimento teórico-prático.

14.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Podemos definir competência segundo Fleury (2001), como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, ou seja, uma reserva de recursos que o profissional possui. Estas competências quando nos remetemos na área do enfermeiro especialista, estamos perante as competências comuns que são partilhadas independentemente da área de especialidade e que tem por base a capacidade de gestão e supervisão de cuidados, assim como a prática profissional no âmbito da investigação, formação e assessoria (OE, 2010).

Nos quatro domínios das competências comuns, temos:

- a) **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:** Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste âmbito, as atividades desenvolvidas durante o estágio, estabeleceram-se através de um contacto direto com a população, existindo diversas etnias, crenças e religiões, mas tendo sempre subjacente o cuidado sem estereótipos e preconceitos, percebendo a individualidade de cada pessoa, tentando dar resposta às suas necessidades, sem julgamentos. Cada vez mais na enfermagem estamos presentes uma enfermagem transcultural, onde os enfermeiros têm de obter competência cultural, ao nível a cultura, raça, etnia, género e orientação sexual, como refere Vilelas e Janeiro (2011), tem de existir a capacidade de compreender as diferen-

ças culturais, só assim os enfermeiros podem prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas. Desta forma nos estágios assistiu-se a esta realidade, prestando-se cuidados a pessoas de diferentes etnias, cultura e também orientação sexual. Procurou-se sempre tentar perceber a cultura e crenças de cada pessoa para que esta pudesse aceitar e realizar os seus cuidados. A palavra-chave para se conseguir ser culturalmente competente foi ouvir, ou melhor escutar o outro, perceber o que nos tentava comunicar, as suas dificuldades e necessidades, criando conjuntamente objetivos, mas percebendo e respeitando os seus limites.

Outra questão importante nesta competência foi a contenção emocional, reagindo ajustadamente à situação, por vezes assistiu-se a situações que podem ser causadoras de emoções fortes, sobrepostas à razão, mas durante os estágios houve sempre a contenção de emoções, sabendo que comportamento gera comportamento. Os enfermeiros não são máquinas, não podemos ser desprovidos das emoções, mas devem controlá-las de forma a pensar sempre no outro que esta é nossa frente em primeiro lugar, naquele momento. Para esta competência é necessário conhecermo-nos a nós mesmos percebemos o que sentimos perante algumas situações, compreender as nossas emoções e esse é um trabalho que é feito diariamente o autoconhecimento, sabendo que o ponto que nos causa sofrimento é a violência para o outro, nomeadamente em pessoas indefesas como crianças e idosos, desta forma nestas situações conseguimos ter uma sobreposição da razão, pelo exercício do autoconhecimento e da reflexão e análise crítica após as situações. Em suma, o respeito pelo outro, o sigilo e a dignificação da profissão esteve sempre presente.

Em sequência do acima descrito entende-se ter atingido de forma positiva competências neste domínio.

- b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:** Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas na área da governação clínica; gerando e colaborando em programas de melhoria contínua da Qualidade; e promovendo um ambiente terapêutico e seguro.

Neste sentido o projeto de intervenção desenvolvido esteve inserido numa área de intervenção prioritária da UCSP que é a Diabetes ao nível da prevenção, diagnóstico e acompanhamento da população abrangida nos cuidados de saúde primários, participando desta forma

em projetos na área da qualidade da organização. Realizou-se ainda colheita de informação, junto do enfermeiro orientador, enfermeira responsável e de toda a equipa de enfermagem relativamente a projetos, indicadores, normas e protocolos no âmbito da qualidade dos cuidados de enfermagem existentes no CS. A melhoria contínua da qualidade reflete-se na melhoria dos cuidados prestados, porque como refere Mezomo (2001: 111) a qualidade é “a adequação dos serviços à missão da organização comprometidas com o pleno atendimento das necessidades dos seus clientes.”

A qualidade em saúde está relacionada com a prática profissional e a garantia de segurança do utente, desta forma, ao longo de todo o estágio, na prestação de cuidados promoveu-se um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança para os utentes. Sendo seres cada vez mais providos de necessidades espirituais e culturais teve-se tal facto em conta na planificação dos cuidados, envolvendo a família ou cuidadores informais, sempre que necessário de forma a dar resposta a todas estas necessidades dos indivíduos.

Promoveu-se a adesão à saúde dos próprios utentes, em todas as atividades realizadas no CS, sempre tendo em conta o ambiente seguro para os mesmos de acordo com a idade e desenvolveram-se medidas para a segurança dos dados e registos, inclusive no projeto de intervenção com a autorização da CNPD e das comissões de ética.

Posto isto pensa-se ter alcançado com sucesso as competências do domínio acima descrito.

- c) **Competências do domínio da gestão dos cuidados:** Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Como refere Guerra (2017: sp), o enfermeiro gestor é o “...que melhor compreende e interpreta as necessidades de ambos e o impacto dos cuidados prestados”, conseguindo planejar de forma eficaz o que lhe é solicitado, dando respostas adequadas às constantes mudanças e promovendo o trabalho de equipa. No CS a enfermeira responsável trabalha na UCC, mas colabora de forma permanente em todas as atividades da UCSP, estando envolvida no projeto de intervenção que se desenvolveu, assim como na atividade desenvolvida na Universidade

Sénior. Desta forma foi possível acompanhar algumas das atividades da enfermeira responsável, revelando desde o início a disponibilidade para tudo o que foi necessário. Compreendeu-se que nem sempre tem uma tarefa fácil, tendo de gerir a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, onde algumas vezes se assistem a conflitos, nomeadamente a nível do horário e que é necessário saber gerir para que todas as partes fiquem satisfeitas.

Durante o processo de prestação de cuidados foi sempre otimizado o trabalho da equipa, envolvendo todos os intervenientes, quer os enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, administrativos, assistentes operacionais, adequando os recursos às necessidades de cuidados humanos e materiais. Existindo sempre disponibilidade da parte do enfermeiro orientador e da enfermeira responsável para o esclarecimento de dúvidas, os cuidados foram prestados pela mestrandia também com base na realização de pesquisa bibliográfica sobre a gestão de cuidados e a produção dos mesmos.

Após esta reflexão pensamos ter adquirido e desenvolvido estas competências com sucesso.

d) **Competências do domínio das aprendizagens profissionais:** Baseia a sua práxis clínica na evidência científica, com autoconhecimento e assertividade.

A prestação dos cuidados de enfermagem ao longo do estágio foi sempre desenvolvida com suporte no conhecimento prévio, mas também na busca de novos conhecimentos. Isto aconteceu através de investigação, mas também de partilha de conhecimentos com o enfermeiro orientador e restantes elementos da equipa da UCSP e UCC. A aquisição de novas aprendizagens teve sempre subjacente uma reflexão crítica permanente na prestação de cuidados, reconhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais, para tal detendo autoconhecimento e consciência do próprio enquanto pessoa e enfermeiro.

Além da reflexão sobre a prática ser constante o código deontológico esteve presente na prestação de cuidados, onde o aperfeiçoamento profissional, mas também pessoal foi um objetivo, tendo sempre presente nas ações a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade e o respeito pelo outro.

Além das outras atividades desenvolvidas, o projeto de intervenção, através do diagnóstico de situação tentou identificar necessidades e oportunidades relevantes de investigação. Foi desde o início discutido com toda a equipa de forma a auxiliar o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica adequada, que responda às necessidades sentidas pela população. Contribuindo também a revisão integrativa efetuada que serviu como base para as intervenções com a aquisição de novos e mais aprofundados conhecimentos.

De acordo com o referido pensa-se ter alcançado positivamente a competência descrita.

14.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

A Ordem dos Enfermeiros (2007: 10) refere que o Enfermeiro Especialista possui conhecimento num domínio específico de Enfermagem e “que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. Indo de encontro ao que a OE propõe, neste estágio foram desenvolvidas atividades em diferentes domínios da Enfermagem Comunitária, para dar resposta à complexidade crescente do cuidar, exigindo conhecimentos técnico-científicos permanentes e especializados.

Neste relatório reflete-se sobre as diferentes experiências no campo da Enfermagem Comunitária, que permitiram uma adequação ao planeamento em saúde e a prestação de cuidados de enfermagem baseado no conhecimento sustentado e competências para o exercício profissional.

No Diário da República, 2ª série – N° 35 de 18 de fevereiro de 2011, no seu artigo 4º, encontram-se descritas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Desta forma foram descritas essas mesmas competências, assim como as atividades realizadas para a sua aquisição e reflexão sobre as mesmas:

a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

As atividades desenvolvidas para a aquisição desta competência passaram pelo conhecimento da população através da prestação de cuidados na comunidade, como as consultas de hipertensão e diabetes, tratamentos efetuados, mas também no contato e partilha com os profissionais de saúde, nomeadamente com o enfermeiro orientador.

Foi realizado o diagnóstico de saúde de uma população com a ajuda da aplicação de três questionários tendo subjacente os princípios éticos e legais para aplicabilidade dos mesmos, sendo assim respeitados os direitos humanos. Podendo-se posteriormente definir as principais prioridades em saúde e as necessidades da população onde decorreu o estágio.

Face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas foi assim elaborado e implementado o projeto “Autocuidado na diabetes tipo II e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano”, onde foram mobilizados os conhecimentos do planeamento em saúde, fixados os objetivos e delineadas as estratégias exequíveis e coerentes com vista aos problemas identificados. As estratégias implementadas para a execução das atividades passaram pela mobilização de responsáveis organizacionais e políticos através da otimização de recursos disponíveis na comunidade.

A última etapa comportou a avaliação das atividades desenvolvidas bem como da implementação deste projeto, através dos indicadores e nas consultas de diabetes que procederam às atividades, assim como contatos telefónicos. Perante o anteriormente descrito, considera-se que esta competência foi alcançada.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

Esta competência esteve subjacente durante a implementação de todo o projeto, incidindo em atividades que potenciam o conhecimento da população, de forma a desenvolver um maior e melhor autocuidado a nível da diabetes e da gestão de stress.

A autonomia da pessoa, o “empoderamento” da população, de forma a promover a sua saúde, envolvendo-os no planeamento de cuidados prestados como seres individuais e holísticos, foi uma realidade em todos os cuidados prestados, desde as diversas consultas de enfermagem, como as visitas domiciliárias ou a realização de pensos ou outros tratamentos.

É de salientar que a promoção e educação para a saúde efetuada sistematicamente com a população, teve sempre presente a diversidade cultural existente na população onde foi realizado o estágio, assim como as necessidades económicas.

Também ao nível das consultas de planeamento familiar, onde se lidou com uma faixa de adolescência, tentou-se sempre promover o autocuidado, capacitando os jovens com informações importantes para a promoção da sua saúde, alertando-os de alguns malefícios e respondendo às suas dúvidas que nestas faixas etárias são inúmeras e constantes.

Foram ainda, sempre que possível, integrados os cuidadores, no aumento de conhecimento, na capacitação para o cuidado uma vez que a existe uma população cada vez envelhecida e dependente ao nível dos cuidados.

Por último foi realizado um convite ao Centro de Saúde, à enfermeira responsável e enfermeiro orientador, por parte da Universidade Sénior, onde foi solicitada a colaboração numa sessão de educação para a saúde sobre o envelhecimento ativo físico e cognitivo com vista a promover a autonomia dos idosos, capacitando-os com informação necessária para o seu autocuidado.

Considera-se ter cumprido todas as atividades levando à aquisição desta competência.

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

No desenvolvimento deste projeto, assim como as atividades realizadas durante o estágio, procurou-se ir ao encontro dos objetivos e orientações do PNS nomeadamente à revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020, na segunda meta de aumentar a esperança de

vida saudável aos 65 anos de idade em 30%, sendo necessário um controlo das doenças não transmissíveis, diminuindo as suas complicações, assim como um envelhecimento ativo.

O projeto implementado foi também ao encontro de um programa de saúde prioritário, no âmbito do PNS, na área da diabetes, que se destina a ser aplicado pelos profissionais de saúde nas suas unidades. Considera-se de forma que esta foi também uma competência mobilizada, respondendo diretamente a um dos programas definidos.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;

Ao longo do estágio os registos das atividades desenvolvidas, como as consultas de diabetes e hipertensão foram efetuados no programa Sclinic utilizados para efetuar as estatísticas e notificação de forma a monitorizar fenómenos de saúde-doença desta população. Trata-se de um instrumento que possibilita a vigilância epidemiológica para que sirva de base a programas ou projetos delineados para responder adequadamente às necessidades da população.

Considerando as ações que foram efetuadas, permitimo-nos afirmar ter alcançado esta competência.

14.3 Competências de Mestre

Segundo o decreto de lei nº 63/2016, de 13 de setembro, da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o grau de mestre é conferido numa área da especialidade, a quem possuir conhecimentos e capacidades, saiba aplicar esses conhecimentos e integrá-los, consiga comunicar as conclusões e ser desta forma auto-orientado ou autónomo. No caso específico da Enfermagem e mais concretamente da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública requer que em suplemento com as competências do enfermeiro especialista, um Mestre detenha um conhecimento aprofundado no domínio especializado nesta área.

Desta forma os objetivos do mestrado são:

- 1) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.**

Assim durante os estágios as estratégias e as atividades que foram desenvolvidas direcionaram-se também para a aquisição das competências de mestre, tendo por base conhecimentos prévios obtidos na licenciatura servindo de alicerce para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão. Foram obtidos e consolidados novos conhecimentos nos estágios através da investigação feita no decorrer do diagnóstico de saúde, assim como da revisão integrativa realizada durante o mesmo e da prática desenvolvida com o enfermeiro orientador.

- 2) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;**

Os conhecimentos obtidos previamente e durante o decorrer do estágio, foram cruciais para a aplicabilidade na prática perante situações que surgiram diferentes do contexto hospitalar. As atividades realizadas no âmbito do estágio em enfermagem comunitária, desenvolve-

ram-se em diferentes contextos, com população de todas as faixas etárias, várias etnias e religiões, sendo necessário conhecimentos por parte da mestranda que permitiram ir de encontro às necessidades da população, prestando cuidados adequados e alcançando a competência.

3) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

A reflexão da prática clínica tem de ser uma presença obrigatória diariamente na prestação de cuidados, ajudando a lidar com questões complexas. A prática reflexiva sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais, levam à detenção de novos conhecimentos e à integração desses conhecimentos com vista a uma melhor prestação e gestão de cuidados.

Diante do exposto, o código deontológico, os princípios de ética e bioética foram sempre priorizados, em várias atividades como consultas de enfermagem onde assistimos a muitos valores envolvidos, tais como valores culturais, sociais e religiosos, em que a reflexão crítica sobre a prática tornou-se indispensável e permitiu a aquisição da competência.

Sabemos que as necessidades da pessoa se modificam ao longo do tempo, razão pela qual é necessária a reavaliação permanente dos cuidados e também "...atualização contínua acerca de conhecimentos técnico-científicos e de questões políticas e sociais emergentes que influenciam as práticas em saúde." (Leite, Claudino & Santos, 2009: 174).

4) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

Através da prática clínica enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, há a obrigatoriedade dos conhecimentos adquiridos através da auto e hétero-formação sejam sólidos e válidos. Desta forma alguns exemplos como as sessões para a saúde foram adequados à população, às necessidades apresentadas e realizadas de

forma clara, transmitindo conhecimentos importantes para as próprias pessoas e respondendo sem ambiguidades às questões efetuadas.

Este relatório também visa, entre outras, a obtenção desta competência, descrevendo de forma clara e sucinta os conhecimentos adquiridos e as intervenções realizadas, permitindo refletir sobre os mesmos, com vista à consecução de conclusões.

5) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Relativamente a esta quinta competência, ela foi alcançada resultante de uma simbiose entre a componente teórica e prática, onde o autoconhecimento, o desenvolvimento do saberes (estar, fazer, ser e saber), foi conseguido através das atividades desenvolvidas nos estágios e dos novos conhecimentos. A pesquisa e análise efetuadas lembrou ainda que será necessária uma atualização constante ao longo do percurso profissional.

15 CONCLUSÃO

Os estágios são fundamentais para a construção do conhecimento, tendo sempre como pilar o processo reflexivo, tornando possível alcançar novos conhecimentos e competências. No contexto da prática a necessidade de tomada de decisão pressupõe uma reflexão, onde têm de ser interligados os conhecimentos teóricos, novos e pré-existentes, com os momentos práticos reais, mas que se prolonga após a prestação de cuidados, onde o enfermeiro especialista deve manter capacidade de reflexão e discussão (Peixoto & Peixoto, 2016).

A reflexão esteve sempre presente na elaboração deste relatório, permitindo analisar as atividades e intervenções desenvolvidas durante os estágios, facultando a avaliação e aquisição de competências de especialista em saúde comunitária e saúde pública, assim como de mestre.

Relativamente ao projeto de intervenção realizado, este permitiu que os idosos, adquirissem conhecimentos ao nível do autocuidado relacionados com a alimentação e exercício físico na diabetes mellitus tipo 2, de forma a diminuir a incidência de complicações e consequente morbilidade e mortalidade. Relativamente à vulnerabilidade de stress, foi conseguido o aumento de informação por parte da amostra, observando a compreensão da importância da sua influência na diabetes (de forma direta ou indireta), bem como a sua gestão.

Assim, através do projeto de intervenção e outras atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, conseguiu-se conscientizar as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 sobre a importância da mudança de hábitos de vida nas atividades de autocuidado, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, indo de encontro às competências específicas do domínio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e de Mestre, nomeadamente, possuir conhecimentos, saber aplicá-los e integrá-los contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrando Programas de Saúde de âmbito comunitário e indo de encontro aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Como todos os percursos formativos, também este não foi isento de dificuldades, que se prenderam com a mudança de perspetiva que é necessário ser feita, quando se muda de

local de trabalho. Quando trabalhamos em meio hospitalar tem-se uma perspetiva muito diferente de quando se trabalha em cuidados de saúde primários, apresentando não um obstáculo, mas um desafio.

Uma das limitações neste estudo foi a amostra não poder contemplar outros idosos com a diabetes mellitus tipo 2 de outras freguesias do concelho, propondo sugestão para o futuro, a continuidade do projeto, assim como a reaplicação dos questionários aplicados no diagnóstico de situação de forma a obter novos resultados e servindo de instrumento de avaliação e reflexão sobre a continuação ou reformulação das intervenções programadas.

16 BIBLIOGRAFIA

Aguilar, L. (2010). Aprendizagem Social In Informática (Ensino). Consultado em 20 de fevereiro de 2018. Disponível em: http://alunos.di.ubi.pt/~a14676/psicologia/aprendizagem_social.pdf.

Almeida, L. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Serviços de saúde pública*, 28 (1); 79-92

Almeida, A., Lima, F., Lisboa, S., Lopes, A. & Júnior, A., (2013). Comparação entre as Teorias da Aprendizagem de Skinner e Bandura *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*; Maceió; (3); 81-90

American Diabetes Association. (2011). *Diagnosis and Classification of Diabetes*. *Diabetes Care*; 34 (1); 62-69.

Arco, A. (2011). *Teorias e Modelos na Promoção da Saúde*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal (2017). Consultado a 01 de novembro de 2017. Disponível em : <http://www.apdp.pt/diabetes/tratamento>.

Association Canadienne de Santé Publique (2010). *La pratique infirmière en santé publique en santé communautaire*. 4^a édition. Canada.

Bastos, F., Milton, S., & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas Da Escala de Autocuidado Com a Diabetes Traduzida e Adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.

Becker, C., Teixeira, S., Zanetti, L., Pace, E., Almeida, A. & Torquato, G. (2017). Effects of supportive telephone counseling in the metabolic control of elderly people with diabetes mellitus. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 70(4): 704-710. Consultado a 4 de janeiro de 2018. Disponível em: doi:10.1590/0034-7167-2017-0089.

Boarolli, M., Ferreira, N., Bavaresco, D., Ceretta, L., Tuon, L., Simões, P., ...& Amboni, G. (2015). Perfil e Prevalência de Fatores Emocionais (Estresse e Depressão) em Pacientes com Diabetes Tipo 2. *Revista Iniciação Científica*, 13 (1), 67-82.

Boavida, J. (2016). Diabetes: uma emergência de saúde pública e de. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 1-2.

Choi, S., Song, M., Chang, S. & Kim, S. (2014). A Strategies for enhancing information, motivation, and skills for self-management behavior changes: a qualitative study of diabetes care for older adults in Korea. *Patient Preference and Adherence*. 14(8); 219-226. Consultado a 14 de janeiro 2018. Disponível em: doi: 10.2147/PPA.S58631.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Relatório apresentado pelo Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa. 1-363. Consultado a 29 de dezembro de 2017. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo (2013). Consultado em 15 de janeiro 2018. Disponível em: <http://www.cimaa.pt/a-regiao-alto-alentejo/caracterizacao-da-regiao>

Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo (2014). Consultado em 12 de janeiro 2018. Disponível em: <http://www.cimaa.pt/a-regiao-alto-alentejo/densidade-populacional/102-portugues/site-cimaa/a-regiao-alto-alentejo>

Coelho, C., Boas, C., Gomides, D., Foss-Freitas, M. & Pace, A. (2015). Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(3). 697-705. Consultado a 20 de dezembro 2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=0029db18-1e4c-4720-9f49-3fe4bb974cb8%40sessionmgr102&hid=107>

Cortez, D., Macedo, M., Souza, D., Santos, J., Afonso, G., Reis, I., & Torres, H. (2017). Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial. *BMC Public Health*. 17(1), 5-10. Consultado a 18 de janeiro. Disponível em: doi:10.1186/s12889-016-3937-5.

Curry, A. (2017). The Depression Connection. *Innovation*. 18-19. Consultado a 12 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=0029db18-1e4c-4720-9f49-3fe4bb974cb8%40sessionmgr102&hid=107>

Diário da República. (Maio de 2016). Despacho nº 6401/2016.

Diário da República (24 de 8 de 1990). Artigo 3º da Lei de Bases da Saúde nº48/90.

Direção Geral da Saúde (2012). Consultado a 15 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado em 12 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde (2016). Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar 2016-2025. Lisboa

Direção Geral da Saúde (2017a) Programa Nacional para a Diabetes. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado a 19 de dezembro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2017b) Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Consultado a 12 fevereiro 2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Ferreira, C., Bavaresco, V., Ceretta, B., Tuon, L., Gomes, M. & Amboni, G. (2015). Estresse em Pacientes com Diabetes tipo 2. *Revista Inova Saúde*. Criciúma, 4 (1). 88-98.

Fleury, T. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *RAC, Edição Especial*. 183-196. Consultado a 14 de fevereiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

Fonseca. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. *Envelhecimento Saúde e Doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed). Coisas de Ler. Lisboa.

GeoSaude (2012). Consultado a 02 de janeiro 2018. Disponível em: www.geosaude.dgs.pt

GeoSaude (2015). Consultado a 30 de janeiro 2018. Disponível em: www.geosaude.dgs.pt

González, A., Valtier, C., Paz-Morales, D. & Valenzuela, S. (2015). Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México. *Rev enferm Heredian*, 8 (1). 24-28.

Guerra N. (2017). Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária. *Jornal Enfermeiro*. Consultado a 20 de fevereiro. Disponível em: <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1567-atribuicao-de-competencias-do-enfermeiro-gestor-e-prioritaria.html>

IDP, I.P. (2009). *Orientações da União Europeia para a Atividade Física: Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa: Instituto do desporto de Portugal I.P.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa: Edições da Saúde.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Edições de Saúde.

Inquérito Nacional de Saúde (2014). Inquérito Nacional de Saúde. Consultado a 4 de janeiro de 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/acer/Downloads/INS_2014%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/acer/Downloads/INS_2014%20(2).pdf)

Jornal Médico (2017). Stop Diabetes. Consultado a 12 de janeiro. Disponível em: <http://www.jornalmedico.pt/atualidade/34303-diabetes-mais-de-10-portugueses-morrem-por-dia.html>

Leite, A., Claudino, H., Santos, S. (2009). A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. *Cogitare Enferm*; 14(1).172:177

Lyra, R., Oliveira, M., Lins, D. & Cavalcanti, N. (2006). Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 239-248. Consultado a 23 de janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29307.pdf>

Madeira, A. (2013). A importância do follow-up na auditoria interna em Portugal. Instituto politécnico de Lisboa. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa. Consultado a 06 de janeiro 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3500/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Andre%20Madeira.pdf>

Markle-Reid, M., Ploeg, J., Fraser, D., Fisher, K., Bartholomew, A., Griffith, L. & Upshur, R. (2017). Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1-11. Consultado a 16 de janeiro. Disponível em: DOI: 10.1111/jgs.15173.

Mendes, R., Sousa, N., Reis, V. & Barata, J. (2011). Programa de Exercício na Diabetes tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes.*, 6 (2), 62-70.

Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos*. Brasil. Edição Manole Ltda.

Nagai, A., Chubaci, S. & Neri, L. (2012). Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspetos Biopsicossociais”, pp. 407-434. Consultado a 12 janeiro 2018. Disponível em: Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Neves, S. (2014). Efeito de um programa de exercício de 6 meses em idosos Institucionalizados, na Qualidade de Vida, Composição Corporal e Aptidão Física. Tese de Mestrado em Exercício e Saúde, Universidade de Évora.

Noriega, A., Jiménez, C. & Monterroza, M. (2017). Apoyo Social y Control Metabólico en la Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista CUIDARTE*, 8 (2). Consultado a 5 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=0029db18-1e4c-4720-9f49-3fe4bb974cb8%40sessionmgr102&hid=107>

Nunes. (2011). *Intervenções de proximidade “Lado a Lado com a Comunidade”*. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Acedido a 14 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8803>

Orem, E. D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Desenvolvimento profissional: desenvolvimento das especialidades em Enfermagem*. Lisboa.

Ordem dos enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Consultado a 22 de fevereiro de 2018. Disponível de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Consultado a 30 de dezembro 2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 11. 121-132. Consultado a 15 de março de 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pinheiro, J. (2010) Auditoria Interna: Auditoria Operacional - Manual Prático para Auditores Internos. 2.ª ed. Lisboa: Rei dos Livros.

Pordata (2015). Consultado a 12 dezembro 2017. Disponível em <http://www.pordata.pt/>

Pordata (2017). Consultado a 08 de dezembro 2017. Disponível em [https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373-1810](https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373-1810)

Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 3.

Regulamento n.º 128/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Acedido a 22 de janeiro de 2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Richardson, E., Jelka, Z., & Ellen, N. (2016). National Diabetes Plans in Europe. National Institute of Public Health. World Health Organization. Slovenia; Denmark.

Rosmawati, M., Rohana, A., & Manan, W. (2013). The Evaluation of Supportive-Developmental Nursing Program on Self-Care Practices of Persons with Type 2 diabetes at the Health Centre in Bachok, Kelantan. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 20(1), 16-22.

SalciI, M., Maceno, P., Rozza, S., Silva, D., Boehs, A & Heidemann, I (2013). Educação em saúde e suas perspetivas teóricas: algumas reflexões. *Enferm.* 22 (1) Florianópolis.224-230. Consultado a 13 de fevereiro 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27

Salvado, S. (2012). A educação na pessoa com diabetes tipo 2 para a adesão às atividades de autocuidado. Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras: Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, Viseu.

Santos, I., Guerra, R. & Silva, A. (2015). Categorias de autocuidado entre pessoas idosas com diabetes: estudo sociopoético. *Revista Enfermagem UERJ*, 23 (2). 216-221. Consultado a 2 de janeiro 2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&sid=0029db18-1e4c-4720-9f49-3fe4bb974cb8%40sessionmgr102&hid=107>

Seino, Y., Nanjo, K., Tajima, N., Kadowaki, T., Kashiwagi, A., Haneda, M ...&Ueki, K. (2010). Report of the Committee on the Classification and Diagnostic Criteria of Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes Investigation*, 1, 212-228. Consultado a 12 de fevereiro. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.2040-1124.2010.00074.x>

Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 279-308. Consultado a 13 de dezembro 2017. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/193/1/Construcao%20de%20uma%20escala%20para%20avaliar%20a%20vulnerabilidade%20ao%20stress%20a%2023%20QVS%5B1%5D.pdf>

Serrano, Costa & Costa (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 3*. 15-23. Consultado a 4 de março de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*, 3 (XXII). 597-605.

Solar, L., Reguera, M., Gómez N. & Borges, K. (2014) La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Universidade de Ciências Médicas de Matanzas. Cuba.

Sociedade Portuguesa Diabetologia (2016). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015. Consultado a 15 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>

Sousa, F. (2009). Os Enfermeiros E... O Empowerment em Saúde... Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 05 de dezembro. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de saúde pública, cuidados de saúde na comunidade centrado na população. Loures: Lusodidacta.

Tanqueiro, M. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes:revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência, n.º9. 151-160. Consultado em 15 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a16.pdf>

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento da saúde. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Torres, H., Santos, L., & Cordeiro, P. (2014). Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes. Acta Paulista de Enfermagem. 27(1), 23-28. Consultado a 12 de fevereiro. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400006>.

ULSNA (2016). Consultado em 14 janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-norte-alentejano-epe/>

ULSNA. Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de fevereiro de 2007. Consultado em 12 janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2016/11/estatutos-ulsna-1.pdf>

Vieira, C., Amaral, T., & Sousa, P. (2016). Envelhecimento ao longo da vida. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta. 525-534.

Vilelas, J. & Janeiro, S. (2011) Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. Revista Mineira de Enfermagem. Consultado a 3 de março de 2018. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000100017>

Virtuoso-Júnior, J., Tribess, S., Menezes, A., Meneguci, J. & Sasaki, J. (2016). Fatores associados à incapacidade funcional em idoso brasileiros. Rev Andal Med Deporte. Consultado a 20 de janeiro 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2016.05.003>.

World Health Organization (2003). Screening for Type 2 Diabetes Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. Department of Noncommunicable Disease Management. Consultado a 2 de dezembro de 2017. Disponível em: http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_mnc03.pdf

World Health Organization (2016). Global Report on Diabetes. Consultado a 12 de dezembro 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf

World Health Organization (2017). Consultado a 18 de dezembro 2017. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/en/>.

17 ANEXOS



Autocuidado na diabetes tipo II e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano |

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE ESTÁGIO

SF150 51/2017

**Mestrado em Enfermagem
em Associação**



João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

2017-10-06/107
de 2017

Exm^o(^a) Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração da
ULSNA, EPE (Unidade Local de Saúde do Norte
Alentejano, EPE)
Avenida de Santo António
7300-853 Portalegre

20170323
07 06 2017
AVULSTA

para me
informar
acerca da possibilidade
do realizar neste
estágio final

Nossa Referência: 208/UEESESJD/2017
Data: 01.junho.2017

Assunto: Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem especialidade: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

que não me parece que
a mesma unidade tenha

De acordo com o plano de desenvolvimento curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, em associação com outras Escolas Superiores de Saúde, solicita-se a V. Exa autorização para que a estudante, possa realizar o **Estágio Final, da Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**, nos serviços e período, conforme indicado no quadro abaixo.

Hospital Serviço/Unidade	Estágio	Período	Estudantes	Áreas de especialização
UCSP de [] da ULSNA, EPE	Estágio Final	18 de setembro de 2017 a 26 de janeiro de 2018	- Rute Sofia Madruga Pereira Sadio	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

De acordo com o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem são objetivos de aprendizagem do **Estágio Final:**

- Conceber e planear projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.
- Coordenar, dinamizar e participar em projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.
- Avaliar projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

Para qualquer esclarecimento adicional contatar a Professora Doutora Ermelinda Caldeira pelo telefone 266 730 300, ou através do mail ecaldeira@uevora.pt.

Com os melhores cumprimentos.

2017 O Diretor de Curso do Mestrado

[Handwritten Signature]
Prof. Doutor João Manuel Galhanas Mendes

Universidade de Évora
Gestão Documental
ESE
Registo n.º: *GD/20880/2017*
2/6/2017
Digitalizada: Parcialmente Totalmente

AB/EC

Ao Sr. Enfi. Joaquim Alberto
Atira para informar da disponi-
bilidade da UCSP de Lamego para
receber a turma no período
solicitado.

Artur Lopes
2017-6-9
Artur Lopes
Enfermeiro Diretor

Sr. Enfi. Director

Refere a Sr. Enfi.

Mais a disponibilidade
para a realização deste
estágio, et anexos.

-A Consideração Superior.

12 Junho 2017

Conforme informado de Sr.
Enfi. Joaquim Alberto UCSP e de
autorizar o presente pedido
de estágio.

Artur
2017-6-13

742106114
2017-06-14
Dr. autuagada
ao Sr. Dr. ~~Acadêmico~~
para proceder em
concordância

Artur Lopes
Enfermeiro Diretor

João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL DO CENTRO DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO DE SAÚDE
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



ES
Escola Superior de Saúde
de Beja



IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DR. LOPES DIAS

*Autorizada para o Centro de Saúde de Beja
17/05/2017*

Exmo. Sr. Dr. [redacted]

Responsável do Centro de Saúde de [redacted]

Eu, Rute Sofia Madruga Pereira Sadio, enfermeira, a realizar o Curso Mestrado em Enfermagem em Associação e na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Évora em parceria com a Escola Superior de Saúde de Beja, a Escola Superior de Saúde de Portalegre, a Escola Superior de Saúde de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, no Centro de Saúde de [redacted], sob a orientação do Senhor Enfermeiro [redacted] Especialista em Enfermagem Comunitária.

Os objetivos do referido Estágio são: identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde e realizar o diagnóstico de saúde dessa comunidade. Assim, o projeto que irei desenvolver irá incidir sobre a relação da vulnerabilidade ao stress e o autocuidado com a diabetes, no idoso.

Para a realização do mesmo necessito de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos selecionados para o efeito são: um questionário sociodemográfico, o Questionário da Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS) e a escala de atividades de autocuidado com a diabetes. Assim venho por este meio solicitar a V. Ex^a. autorização para realização deste trabalho.

Resta ressaltar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e que será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado.

Agradeço desde já toda a atenção e fico ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted], 12 de maio de 2017

Rute Sofia Madruga Pereira Sadio
Rute Sofia Madruga Pereira Sadio

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSNA

ULSNA+
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 201704087 (Mov.)
09/10/17
Sandra Oliveira

ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº Mov.
20/12/17
Sandra Oliveira

INFORMAÇÃO

N.º 14/ 2017, de 06 outubro

De: Maria Luiza Lopes- Comissão de Ética
Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura Reis
C/C:
ASSUNTO: "Mestrado em Enfermagem em Associação"

2017-12-12
Anterior
Anterior
o trabalho
deve ser apanhado ao CA.

PARECER
Ao Sr. Presidente do CA - Dr. João Moura Reis
Junta-se o parecer do CNPD a qual se presume positiva, pelo que propomos que o estudo seja autorizado no

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
emite os seus pareceres do CNPD
2017-10-12
JL
Presidente do Conselho de Administração
João Moura Reis

temos
autorização
do CNPD

2017-12-20

Responsável do Serviço Jurídico e Contencioso

A Mestranda em Enfermagem em Associação e na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora, Rute Sofia Madruga Pereira Sadio, solicitou autorização para efetuar um estágio, o qual foi autorizado no Centro de Saúde de

No decorrer do mesmo, mais especificamente de acordo com os seus objetivos, surgiu a necessidade de compreender a capacidade de autocuidado com a diabetes no idoso e a presença ou não da vulnerabilidade ao stress idoso com diabetes.

Para o efeito, considerou a realização de um estudo que permitisse dar resposta. Foi elaborado um questionário, solicitando agora autorização para a necessária recolha de dados. Junta a documentação sobre o estudo, cumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do estudo
O presente estudo tem enquadramento no âmbito do estágio que frequenta no Centro de Saúde de sob a orientação do Sr. Enf.º visando perceber a capacidade de autocuidado com a diabetes no idoso e a presença ou não da vulnerabilidade ao stress idoso com diabetes.

2- Objetivos
2.1- Do estágio
- Identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade.

2.2- Do trabalho
- Conhecer a capacidade de autocuidado das pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2 da UCSP

2017-12-12
JL



- Identificar a presença ou não da vulnerabilidade ao *stress* na pessoa idosa com diabetes mellitus tipo 2 da UCSP

- Compreender a relação entre a capacidade de autocuidado e a vulnerabilidade ao *stress* na pessoa idosa com diabetes mellitus tipo 2 da UCSP

3- População alvo

A população será constituída por pessoas com diabetes tipo 2, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes em Sousel e com registo na UCSP.

4- Tipo de Estudo

O estudo é do tipo descritivo e correlacional.

5- Instrumentos e Técnica de Recolha de Dados

A recolha de dados é efetuada através da aplicação de questionários em papel, os quais são juntos em anexos e constituídos por:

- Questionário sociodemográfico;
- Questionário da vulnerabilidade ao *stress* (23 QVS);
- Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes.

Da análise efetuada aos instrumentos de recolha de dados, a requerente junta o modelo de consentimento informado a dar a cada participante no estudo, pelo que caso o participante consinta em fornecer os dados solicitados, nada há a obstar à sua aplicação.

6- Tratamento de dados

O tratamento e análise dos dados terá o seu suporte no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

7- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto de investigação e deliberou o seguinte:

O objetivo do projeto, apresenta relevância que se encontra suficientemente descrita na sumula do projeto pelo que aqui nos escusamos a repetir, salientando-se contudo, os benefícios que poderão advir do estudo e que são: As atividades do autocuidado que poderão estar comprometidas, proporcionando assim à equipa da UCSP efetuar um acompanhamento dirigido às necessidades do doente; salienta-se ainda a importância por parte do enfermeiro da presença de *stress* na pessoa com diabetes, já que este poderá também comprometer as atividades de autocuidado.

Quanto às questões éticas e legais encontram-se salvaguardadas, pois os instrumentos de recolha de dados, embora contenham questões relacionadas com informação protegida, as mesmas só serão fornecidas após consentimento informado do participante.



Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável e, conseqüentemente, propõe que seja autorizada a recolha de informação necessária à execução do estudo que permitirá compreender a capacidade de autocuidado com a diabetes no idoso e a presença ou não da vulnerabilidade ao *stress* idoso com diabetes.

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À Mestranda Rute Sofia Madruga Pereira Sadio;
- Ao Sr. Coordenador do Centro de Saúde de Dr.
- Ao Sr. Enf.º e toda a equipa da UCSP;
- À Sr.ª Professora Doutora, Helena Arco;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.


LUÍZA LOPES
Responsável do Serviço
Jurídico e Contencioso

Anexo: Requerimento, projeto do estudo com documentação anexa.

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA CPND



Autorização n.º 13737/ 2017

Rute Sofia Madruga Pereira Sadio notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Autocuidado na Diabetes Mellitus Tipo 2 e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano .

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

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

A informação é recolhida diretamente do titular.

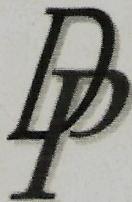
As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

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

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

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



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

Responsável – Rute Sofia Madruga Pereira Sadio

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Autocuidado na Diabetes Mellitus Tipo 2 e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos

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

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

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

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

Lisboa, 07-12-2017

A Presidente

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UEVORA



Documento 1 8 0 8 1 E

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante, e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto “Autocuidado na Diabetes Mellitus Tipo 2 e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano” da investigadora **Rute Sofia Madruga Pereira Sadio** (mestranda) e Prof.ª Doutora Helena Reis do Arco (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO F- ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES (SDSCA)

ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

1. Alimentação Geral	Nº de dias							
1.1. Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2. Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3. Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Alimentação Específica								
2.1. Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	7	6	5	4	3	2	1	0
2.2. Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço e jantar?	7	6	5	4	3	2	1	0
2.3. Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	7	6	5	4	3	2	1	0
2.4. Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	7	6	5	4	3	2	1	0
2.5. Em quantos dos últimos sete dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	7	6	5	4	3	2	1	0
2.6. Em quantos dos últimos sete dias comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?	7	6	5	4	3	2	1	0
2.7. Em quantos dos últimos sete dias adoçou as bebidas com açúcar?	7	6	5	4	3	2	1	0
3. Actividade física								
3.1. Em quantos dos últimos sete dias praticou actividade física durante, pelo menos, 30 minutos?	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2. Em quantos dos últimos sete dias praticou uma sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7

1. Monitorização da glicemia	Nº de dias							
4.1. Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Cuidados com os pés								
5.1. Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2. Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3. Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Medicamentos								
6.1. Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes	0	1	2	3	4	5	6	7
OU (se insulina ou comprimidos)								
6.2. Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.3. Em quantos dos últimos sete dias, tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Hábitos tabágicos								
7.1. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>					
7.2. Se sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____								
7.3. Quando fumou o seu último cigarro?								
<input type="checkbox"/> Nunca fumou <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás <input type="checkbox"/> No último mês <input type="checkbox"/> Hoje								

ANEXO G – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA SDSCA

Rute Sofia Madruga Pereira Sadio

Mestrado em Enfermagem e

Especialidade em Saúde Comunitária e Saúde Pública na

Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus em Évora

Assunto: Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a utilização da escala supracitada, conforme solicitado pela Sr^a Enf^a Rute Sofia Madruga Pereira Sadio, a realizar o Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Comunitária e Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, em Évora, para o estudo que irá efetuar no âmbito do seu projeto de estágio/intervenção relacionado com o autocuidado na pessoa com diabetes e a vulnerabilidade ao stress, a decorrer no Centro de Saúde de [REDACTED]

Mais informo que deve usar as referências da sua publicação na Acta Médica Portuguesa e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme podem identificar nas restantes tabelas do artigo. Coloco-me ao dispor para qualquer esclarecimento e, solicitando que me forneçam informação sobre os resultados, bem como sobre o comportamento da escala.

Ao dispor,

Porto, 16 Maio de 2017

Fernanda Santos Bastos (PhD)

Professora Adjunta

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

ANEXO H – QUESTIONÁRIO 23 QVS

Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS)

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta espontânea. Assinale com uma cruz (X) no quadrado respetivo aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em Absoluto	Concordo Bastante	Nem Concordo Nem Discordo	Discordo Bastante	Discordo em Absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiros suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo em Absoluto	Concordo Bastante	Nem Concordo Nem Discordo	Discordo Bastante	Discordo em Absoluto
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto.	<input type="checkbox"/>				
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.	<input type="checkbox"/>				

	Concordo em Absoluto	Concordo Bastante	Nem Concordo Nem Discordo	Discordo Bastante	Discordo em Absoluto
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentimento de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adaptado do 23 QVS - Questionário de Vulnerabilidade ao Stress de Adriano Vaz Serra (2000), autorizado pelo autor.

Obrigada pela colaboração.

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
23 QVS**



Google recommends using Chrome
Try a fast, secure browser with updates built in

Gmail

More

COMPOSE

pedido de autorização de questionário

Inbox

Inbox

Starred

Important

Sent Mail

Drafts (1)

Personal

Travel

More

rute pereira

Bca tarde Exmº Professor Doutor Adriano Vaz Serra, o meu nome é Rute Sofia Ma



Adriano Vaz-Serra <adriano.vazserra@gmail.com>
to me

Portuguese

English

Translate message

Rute,

Desde já fica autorizada a utilizar a escala criada por mim, denominada 23QV5.
Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho aceite as melhores saudações de

Welcome to
Hangouts!



Click here to [Reply](#) or [Forward](#)

Hangouts will save all
of your on-record
conversation history so
you can access it
anywhere you need to.
[Learn more](#)

0.98 GB (5% of 17 GB used)
[Manage](#)

[Terms](#) - [Privacy](#)

OK, Got it.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Sou estudante do I Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora e solicito a sua participação voluntária nestes questionários. Estes questionários inserem-se no trabalho que como sabe, pretendo desenvolver durante o estágio que me encontro a realizar intitulado “Autocuidado na Diabetes Mellitus Tipo 2 e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano.” E que integrará o meu relatório.

Pretende-se com a realização dos questionários, identificar prioridades de intervenção e estratégias a desenvolver para a promoção do autocuidado e gestão do stress dos idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2.

A recolha de dados será efetuada na UCSP, em gabinete próprio para salvaguardar a privacidade. Mais informo que o meu estágio e o relatório são orientados respetivamente pelo Sr. Enfermeiro [REDACTED] e pela Prof. Doutora Helena Reis do Arco.

Desde já afirmo que a informação recolhida é confidencial, utilizada única e exclusivamente para o relatório de estágio e será tratada de forma confidencial a fim de anonimizar os dados, sem nunca revelar/divulgar a sua identidade. Tem o direito à recusa e a decisão de não participar, total ou parcialmente, o que não lhe trará qualquer prejuízo. Poderá desistir a qualquer momento e, se preferir, a informação já recolhida poderá ser imediatamente destruída.

Os questionários serão realizados pela mestranda com a duração estimada de aproximadamente quinze minutos, estando disponível para qualquer esclarecimento através do contato: 965810494.

Grata pela atenção,

Rute Sofia Madruga Pereira Sadio

Eu [REDACTED], declaro que informei o utente da natureza e finalidade deste estudo, do direito á recusa e confidencialidade dos dados, bem como da importância da participação no mesmo, sendo de livre e espontânea vontade que aceita ser contactado pela Mestranda para nele participar.

[REDACTED]

Eu,

_____,
declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, pela estudante do Curso Mestrado em Enfermagem em Associação, com área de especialização em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Rute Sofia Madruga Pereira Sadio. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito à recusa e confidencialidade dos dados e da importância da minha participação no estudo, recebendo uma cópia deste documento.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado.

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 2. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico

1. **Idade:**

- 65 anos aos 74 anos
 75 anos aos 84 anos
 + 85 anos

2. **Sexo:**

- Feminino
 Masculino

3. **Estado Civil:**

- Solteiro
 Casado ou a viver em união de facto
 Divorciado, separado
 Viúvo

4. **Habilitações literárias:**

- Até ao 4º ano
 Até ao 6º ano
 Até ao 9º ano
 Até ao 12º ano
 Licenciatura/Mestrado/Doutoramento

5. **Tem filhos?**

- Sim
 Não

6. **Atividade profissional:**

- Reformado
 Desempregado
 Ativo. Área: _____

7. **Há quanto tempo sabe que tem diabetes?** _____ meses

8. **Terapêutica da diabetes:**

- Adequação do estilo de vida
 Antidiabéticos orais
 Insulina
 Antidiabéticos orais e Insulina

9. **Tem outras patologias:**

- Sim
 Não

10. **Complicações inerentes à diabetes:**

- Sim
 Não

APÊNDICE 3. EPS “MELHOR COMER, MELHOR COMER”

GRUPOS ALIMENTARES

- ✦ **ÁGUA**
- DEVE SER A SUA BEBIDA POR EXCELÊNCIA
- INGIRA NO MÍNIMO 1,5 LITRO A 2 LITROS POR DIA
- O CONSUMO DE ÁLCOOL NÃO É PROIBIDO MAS DEVE SER CONSUMIDO NO MÁXIMO 1 COPO DE VINHO À REFEIÇÃO.



Associação portuguesa dos diabéticos de Portugal, 2013

GRUPOS ALIMENTARES

- ✦ **FRUTAS E LEGUMES**
- 3 A 5 PORÇÕES DE FRUTA DIARIAMENTE
- AS FRUTAS TÊM VITAMINAS, MINERAIS, FIBRAS E ANTIOXIDANTES.
- FRUTA CONTÉM AÇÚCAR, A FRUTOSE, MAS ESTE AÇÚCAR É SAUDÁVEL, EXEMPLO: 100G DE MAÇÃ CONTÉM CERCA DE 14 GRAMAS DE AÇÚCAR, JÁ 100 GRAMAS DE BOLO CONTÉM CERCA DE 50 GRAMAS DE AÇÚCAR.



Associação portuguesa dos diabéticos de Portugal, 2013

GRUPOS ALIMENTARES

- ✦ **GORDURAS**
- MONOINSATURADAS → AZEITE → AJUDA A AUMENTAR O BOM COLESTEROL
- POLINSATURADA → SALMÃO OU A CAVALA → BENÉFICA NA PROTEÇÃO CONTRA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.
- SATURADAS → BOLOS REFINADOS, CARNES GORDAS, ENCHIDOS → ALIMENTAM O COLESTEROL MÁU (LDL).



Walker e Rodgers, 2004

GRUPOS ALIMENTARES

- ✦ **LEGUMINOSAS**
- AS BRIVILHAS, O GRÃO, AS LENTILHAS, ASSIM COMO O PÃO DE MISTURA OU CENTEIO E A AVEIA, SÃO RICOS EM FIBRAS PERMITEM DIMINUIR A GLICEMIA APÓS AS REFEIÇÕES, REDUZIR OS NÍVEIS DE COLESTEROL, ALIMENTAM A SACIEDADE E AUXILIAM O BOM FUNCIONAMENTO DO INTESTINO.



Associação portuguesa dos diabéticos de Portugal, 2013

GRUPOS ALIMENTARES

- ⇨ CEREAIS E MASSAS
- PREFERÊNCIA AOS DE COR ESCURA, PORQUE TÊM MAIS FIBRA.
- O PÃO DEVE SER COMIDO NO INTERVALO DAS REFIÇÕES, POR EXEMPLO: UMA FATIA AO PEQUENO ALMOÇO E OUTRA FATIA AO LANCHE OU ANTES DE SE DEITAR.



Faúl, e Blasco, 2011

HIDRATOS DE CARBONO

- ⇨ ORIGEM VEGETAL: PÃO, MASSA, ARROZ, BATATAS, CEREAIS (TRIGO, AVENA), FEIJÃO, GRÃO, ERVILHAS...
- ⇨ ORIGEM ANIMAL: LITE E IOGURTE
- SÃO A PRINCIPAL FONTE DE ENERGIA DO CORPO.
- DEVEM SER CONTABILIZADOS PORQUE INFLUENCIAM OS NÍVEIS DE GLUCEMIA.

Faúl, e Blasco, 2011

HIDRATOS DE CARBONO

- ⇨ ABSORÇÃO LENTA
- PÃO, CEREAIS, BATATAS, ARROZ, MASSA, ABÓBORA, FEIJÃO, GRÃO, ERVILHA
- ⇨ ABSORÇÃO RÁPIDA
- LITE, IOGURTES, FRUTA, MEL, AÇÚCAR, BOLOS, PUDINS, DOCE, COMPOTAS, MARMELADA, REBUÇADOS, REFRIGERANTES, FRUTAS CRISTALIZADAS



Faúl, e Blasco, 2011

CONTAGEM DOS HIDRATOS CARBONO

✓ 12 GR HC = 1 PORÇÃO

Nº TOTAL DE PORÇÕES POR DIA DEPENDE DAS NECESSIDADES ENERGÉTICAS DE CADA UM

✓ = 15 - 18 PORÇÕES/DIA

CASO PRÁTICO



Por 100g	
Valor energético (kcal)	48
Hidratos de carbono (g)	11,4
Dos quais açúcares (g)	11,4
Gorduras (g)	1,5
Das quais saturadas (g)	1,0
Proteína	4,2
Sal	0,1

CONTAGEM DOS HIDRATOS CARBONO – BOLOS E DOCES

Tipos	Nº Dose HC (gr)	porções HC
Bolo Arroz	110	5
Bolo Chocolate	110 (1 fatia)	3
Bolo Bifé	80 (1 fatia)	3,5
Croissant	100	3,5
Pastel Nata	70	2,5
Torta de maçã	100	2
Pão de leite	70	3

CONTAGEM DOS HIDRATOS CARBONO – SALGADOS

Tipos	Nº Dose HC (gr)	porções HC
Croquete	30	0,5
Risot comarão	45	1
Risot carne	55	1,5
Empada	70	2
Pastel folhado	100	3
Batata frita pacote rodela	100	3

CONTAGEM DOS HIDRATOS CARBONO – AMIDOS

Tipos	Nº Dose HC (gr)	porções HC
Batata	70	1 tomalho ovo
Purê de batata		2 colheres sopa
Arroz cozido e massa		2 colheres sopa
Grão cozido	80	3 colheres sopa
Felão cozido	80	3 colheres sopa
Favas frescas e ervilhas congeladas	160	6 colheres sopa

Associação portuguesa dos diabéticos de Portugal, 2016

25/03/2018

CONTAGEM DOS HIDRATOS CARBONO – LEITE E DERIVADOS

Tipos	Nº Dose HC (gr)	porções HC
Leite	1 copo tipo galão	1
iogurte natural sólido sem açúcar	1	1/2
iogurte arom. sem açúcar	1	1/2

Associação portuguesa dos diabéticos de Portugal, 2013

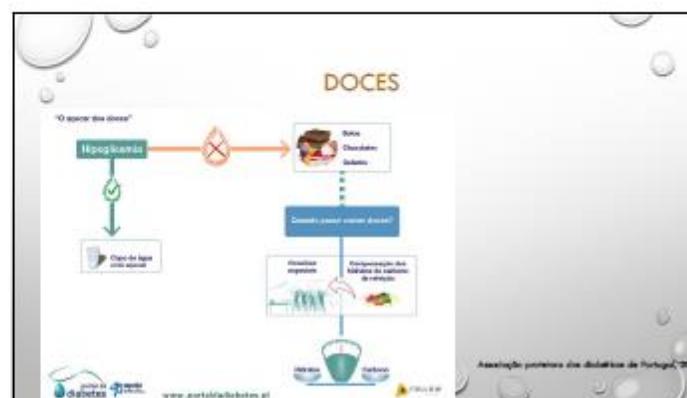
CONTAGEM DOS HIDRATOS CARBONO – PÃO E BOLACHAS

Tipos	Nº Dose HC (gr)
Pão de trigo	20
Pão de mistura/castelo	20
Pão integral/senadas	30
Brioche miúdo	30
Bolachas água e sal	6 unidades
Bolachas Maria	3 unidades

Associação portuguesa dos diabéticos de Portugal, 2013

CONTAGEM DOS HIDRATOS CARBONO – FRUTAS

Tipos	Nº Dose HC (gr)	porções HC
Alperce	3 unidades	1
Amêixa	3 unidades	1
Banana	1 pequena	1
Cereja	10 unidades	1
Diospíro	1 terço	1
Kivi	1 pequena	1/2
Laranja/Frêsgo	1 médio	1
Mamão	metade	1
Manga	1 unidade	1
Melancia/Melão	220g/210g	1
Uvas	11 bagas	1
Pêlo	2 pequenas	1





ALIMENTOS COM BAIXO ÍNDICE GLICÉMICO

- ESPARGUETE
- ESPARGUETE INTEGRAL
- FEIJÃO SECO
- GRÃO-DE-BICO
- LENTILHAS
- PÃO DE CENTIO
- FLOCOS DE AVENA
- CENOURA, CRUA E COZIDA
- IOGURTE
- LITE
- BEBIDA DE SOJA
- CHOCOLATE
- GELADO
- LARANJA
- MANGA
- MAÇÃ
- MORANGO
- PERA
- PÊSSEGO

Atonso, 2016

EXEMPLOS DE UM PLANO DIÁRIO

- ↳ **PEQUENO-ALMOÇO:**
- PÃO, LITE, IOGURTE OU CEREAIS
- ↳ **MEIO DA MANHÃ:**
- FRUTA, TOSTA OU IOGURTE
- ↳ **ALMOÇO:**
- SOPA, CARNE OU PEIXE COM LEGUMES E HIDRATOS CARBONO (EXEMPLO: FRANGO ASSADO COM PURÉ DE BATATA E SALADA) E FRUTA

EXEMPLOS DE UM PLANO DIÁRIO

- ↳ **LANCHE:**
- PÃO, IOGURTE, FRUTA E TOSTA
- ↳ **JANTAR:**
- SOPA, CARNE OU PEIXE COM LEGUMES E HIDRATOS CARBONO (EXEMPLO: MEDALHÕES DE PESCADA DE TOMATADA COM ARROZ E FEIJÃO VERDE SALTEADO) E FRUTA
- ↳ **ANTES DE DORMIR:**
- IOGURTE, LITE E TOSTA

BIBLIOGRAFIA HMSA

- AFONSO, M. (2016). ÍNDICE GLICÉMICO E DIABETES. DIABETES Nº80. APDP
- ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (2016). DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.WAISPT/](http://www.waisp.pt/)
- DGS. (2008). PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LISBOA
- IBERRO, O., PAÚL, C. (2011). MANUAL DE ENVELHECIMENTO ACTIVO. LIDEL. LISBOA
- WALKER, R., RODGERS, J. (2004). DIABETES, UM GUIA PRÁTICO PARA MANTER A SUA SAÚDE. DORLING KINDERSLEY. PORTO

4. EPS “MEXER É VIVER”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSIDUÀÇÃO



“Mexer é Viver”

Formador: Enfermeiro [redacted] e instrutora Enfermeira Rute Pereira

Objetivos:

- ▶ Benefícios da prática de atividade física
- ▶ Atividade física e Diabetes
- ▶ Pirâmide de atividade física
- ▶ O melhor tipo de atividade física
- ▶ Atividades físicas existentes no Concelho
- ▶ Riscos inerentes
- ▶ Contra indicações
- ▶ Exercício prático.

Contextualização



Idosos que atingem a atividade física recomendada

Plano Nacional de Atividade Física, 2011

Benefícios da prática de atividade física

• A nível fisiológico:

- ▶ Diminui o risco de desenvolver doenças cardiovasculares
- ▶ Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão
- ▶ Diminui o colesterol total
- ▶ Controla o peso corporal e reduz a massa gorda
- ▶ Melhora a coordenação motora e equilíbrio
- ▶ Reduz a probabilidade de obstrução
- ▶ Ajuda na manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis
- ▶ Ajuda a prevenir/reduzir osteoporose



Horne, 2006

Benefícios da prática de atividade física

- ◊ A nível psicológico e social:
 - ▶ Promove o bem-estar psicológico
 - ▶ Aumenta a auto-estima
 - ▶ Ajuda nas insónias, porque melhora o sono
 - ▶ Reduz o stress, ansiedade e depressão
 - ▶ Previne o isolamento social



Huret, 2008

Atividade física e Diabetes

- ▶ Diminui a glicose sanguínea
- ▶ Favorece a ação da insulina
- ▶ Retarda a necessidade de aumento da dosagem de medicação oral ou insulina
- ▶ Evita a toma de insulina precoce
- ▶ Potencia a captação da glicose pelo músculo
- ▶ Reduz o risco de complicações a longo prazo.



Wardlaw, Scriver, Bell e Durrán, 2011

Atividade física e Diabetes

Duração da atividade	Efeito na glicémia
0-10 minutos	O nível de glicémia aumenta quando o organismo converte o glicogénio armazenado no fígado, em glicose
20-30 minutos	O nível de glicémia baixa quando os músculos começam a usar a glicose disponível
30-40 minutos	O nível de glicémia continua a baixar porque é utilizada mais glicose pelos músculos que continuam ativos
Fim da atividade	A glicémia continuará a baixar enquanto os músculos e o fígado continuarem a repor as reservas de glicogénio retirando glicose do sangue

Rodgers e Wadsw, 2004

O melhor tipo de atividade física

- ◊ Tipo de exercício físico:
 - ▶ De preferência deve ser aeróbio.
- ◊ Duração e Frequência:
 - ▶ 30min X 5 dias (150 minutos) de atividade aeróbia de intensidade moderada cada semana.

E ainda

Atividades de fortalecimento muscular em 2 ou mais dias da semana que trabalhem todos os principais grupos musculares.



Observatório Nacional de Atividade Física e Desporto, 2011



Atividade física - No dia-a-dia

- Caminhe em distâncias curtas em vez de ir de carro.
- Use as escadas se for 1 ou 2 andares, em vez do elevador.
- Habitue-se a um pequeno passeio após o almoço ou ao fim do dia.
- Faça jardinagens, cultivo ou tarefas domésticas.

Rodgers e Walker, 2004

Calorias queimadas em atividades

Atividade	Calorias por 30 minutos
Limpar a casa	120
Fazer compras	120
Engomar	60
Jardinagem ou cultivar	240

Rodgers e Walker, 2004

Atividades físicas existentes no Concelho

- Hidroginástica
- Natação
- Hidrobile
- Caminhadas
- Circuito de aparelhos de ginástica
- Dança na Universidade Sénior
- Ginástica na Universidade Sénior

Rodgers e Walker, 2004

Cuidados a ter:

- ▶ Deve-se usar roupa confortável, meias de algodão e sapatos adequados.
- ▶ Antes deve ingerir uma fatia de pão ou uma peça de fruta.
- ▶ Se injetar insulina opte por não administrar nos membros, mas sim na nádega ou barriga.
- ▶ A glicemia deve ser medida antes, ocasionalmente durante, e após o exercício.
- ▶ Se o valor da glicemia capilar antes do exercício for inferior a 100 mg/dL, devem ser ingeridos hidratos de carbono de absorção rápida antes do início do exercício.

Alameda, Sousa, Melo e Barata, 2011

Riscos inerentes

- ▶ Hipoglicémia
- ▶ Desidratação
- ▶ Úlceras nos pés
- ▶ Descolamento de retina



Contra indicações

► Atividade física está contra indicada quando:

- Glicémias > 250 mg/dl;
- Glicémias < 70 mg/dl;
- Se está doente.



Bibliografia

- Mendes R., Sousa N., Reis V., Barata J. (2011). Programa de Exercício na Diabetes Tipo 2. Revista Portuguesa de Diabetes; 6 (2): 62-70
- Nunes, B. (2008). Envelhecer com Saúde. LIDEL. Lisboa
- Observatório Nacional de Atividade Física e Desporto (2011). Livro Verde da Atividade Física. Edição: Instituto do Desporto de Portugal, L.P.
- Plano Nacional de Atividade Física. (2011). Edição: Instituto do Desporto de Portugal
- Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). Manual de envelhecimento activo. Lidel. Lisboa
- Walker, R., Rodgers, J. (2004). Diabetes, um guia pratico para manter a sua saúde. Dorling kindersley. Porto

Exercício prático

► Vamos Ginasticar!



APÊNDICE 5. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

	2ª quinzena Setembro 2017	1ª quinzena Outubro 2017	2ª quinzena Outubro 2017	1ª quinzena Novembro 2107	2ª quinzena Novembro2017	1ª quinzena Dezembro 2017	2ª quinzena Dezembro 2017 (até dia 21)	1ª quinzena Janeiro 2018 (exceto dia 1)	2ª quinzena Janeiro 2018
Elaboração e entrega do projeto de estágio									
Pedidos de autorização/colaboração com Câmara Municipal do Concelho									
Elaboração dos dispositivos para as sessões de saúde									
Reunião com Professor Educação Física									
Realização da sessão sobre “Melhor Comer, Melhor Viver” e lanche									
Realização da sessão “Mexer é Viver” e atividade exercício									
Realização da sessão relaxamento									
Reunião com representantes do boletim Notícias do Concelho									
Divulgação do conteúdo da sessão sobre alimentação no Boletim de Notícia do Concelho									
Divulgação do conteúdo da sessão sobre exercício físico no Boletim de Notícia do Concelho									
Aplicação dos questionários									
Análise dos questionários									
Elaboração do artigo de revisão integrativa da literatura									
Elaboração do Relatório de Estagio									

APÊNDICE 6. PLANIFICAÇÃO DA EPS “MELHOR COMER, MELHOR VIVER”

PLANO DE SESSÃO

Data: Novembro de 2017

Formadores: Enfermeiro orientador JP e mestranda Enfermeira Rute Sadio

Local de Formação: Biblioteca Municipal

Tema: “Melhor Comer, Melhor Viver” - sobre a alimentação da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 e mais de 65 anos, nomeadamente a nível da ingestão dos hidratos de carbono, frutas e doces.

Recursos: Humanos – Formadores

Metodologia: Expositiva e jogo de apresentação.

Materiais: Computador portátil e projetor

Avaliação: Número de participantes na sessão / Colocação de questões sobre os conteúdos abordados

Fase da sessão	Sequência didática	Objetivos	Conteúdos programáticos	Metodologia e técnicas pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema a abordar e motivação dos participantes	GERAL - Reconhecer a importância da alimentação para o controlo da Diabetes Mellitus tipo 2	- Apresentação dos preletores; - Apresentação do tema.	Expositiva	Computador; Projetor	5 min
Desenvolvimento	Exposição do tema a abordar	ESPECÍFICOS - Descrever a roda dos alimentos; - Caracterizar o conceito de índice glicémico;	- Explicação sobre os diferentes grupos de alimentos; - Escolha de alimentos com baixo índice glicémico; - Exemplos dos diferentes tipos de Hidratos de Car-	Expositivo; Ativo.	Computador; Projetor; Açúcar; Copos de plástico.	20 min

		- Identificar os principais componentes alimentares a integrar na dieta.	bono e quando se devem consumir; - Escolha de frutas e quando deve ser feita a ingestão; - Exemplos práticos de gramas de açúcar em alguns doces consumidos; - Exemplo de um plano alimentar.			
Conclusão	Final da sessão		- Resumo da temática abordada. - Esclarecimento de dúvidas	Expositiva	Computador; Projektor	10 min

APÊNDICE 7. PLANIFICAÇÃO DA EPS “MEXER É VIVER”

PLANO DE SESSÃO

Data: Novembro de 2017

Formadores: Enfermeiro orientador JP e mestranda Enfermeira Rute Sadio

Local de Formação: Biblioteca Municipal

Tema: “Mexer é Viver” – sobre a importância da atividade física na Diabetes Mellitus tipo 2.

Recursos: Humanos – Formadores e Professor de educação física

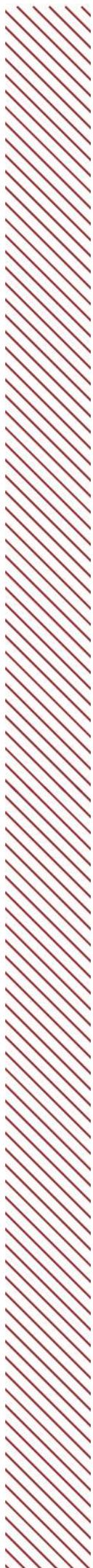
Metodologia: Expositiva e Exercício Prático

Materiais: Computador portátil, projetor e águas

Avaliação: Numero de participantes na sessão / Observação da correção dos exercícios físicos desenvolvidos pelos participantes

Fase da sessão	Sequência didática	Objetivos	Conteúdos programáticos	Metodologia e técnicas pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema a abordar e motivação dos participantes	GERAL - Caracterizar a importância da atividade física no controlo da Diabetes Mellitus tipo 2	- Apresentação dos preletores; - Apresentação do tema.	Expositiva	Computador; Projetor	5 min
Desenvolvimento	- Exposição do tema a abordar	ESPECÍFICOS - Identificar os benefícios da atividade física; - Descrever os tipos de atividade física a desenvolver;	- Benefícios da prática de atividade física; - Atividade física e Diabetes; - Pirâmide de atividade física; - O melhor tipo de atividade física; - Atividades físi-	Expositivo Demonstrativo	Computador; Projetor; Águas.	30 min

		- Reconhecer riscos / contraindições da prática incorreta de atividade física.	cas existentes no Concelho; - Riscos inerentes; - Contra indicações; - Aquecimento, exercício e alongamento.			
Conclusão	Final da sessão		- Resumo da temática abordada. - Esclarecimento de dúvidas	Expositivo	Computador; Projetor	10 min



Autocuidado na diabetes tipo II e vulnerabilidade ao stress dos Idosos de uma UCSP do Norte Alentejano |

APÊNDICE 8. ARTIGO

Intervenções de Enfermagem na promoção do autocuidado dos idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 e Gestão do Stress

Revisão Integrativa da Literatura

Intervenciones de Enfermería en la promoción del autocuidado de los ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 y Gestión del Estrés

Revisión Integrativa de la Literatura

Nursing interventions in the promotion of self-care of the elderly with Type 2 Diabetes Mellitus and Stress Management

Integrative Literature Review

Rute Sofia Madruga Pereira Sadio – Enfermeira do HESE, EPE, mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, do Mestrado em Associação 2016/2018, Évora, Portugal

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco – Doutora em Sociologia; Professora-Adjunta, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, Portalegre, Portugal

RESUMO

Em Portugal mais de 1 milhão de portugueses tem Diabetes e mais de 2 milhões de pessoas têm pré-Diabetes, traduzindo-se em 40,7% da população e sendo considerada um desafio de saúde pública. Por sua vez, os programas de combate à Diabetes deverão incidir cada vez mais na promoção do autocuidado, englobando intervenções de gestão do stress.

Objetivo: Identificar intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado nos idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 e para a diminuição do Stress.

Metodologia: Revisão integrativa, efetuada através da síntese e análise dos resultados obtidos através de estudos reconhecidos, conseguidos nas bases (EBSCOhost: CHINHAL e MEDLINE, SciELO e PubMed-NCBI), obtendo-se um total de sete artigos sobre a temática publicados entre 2012-2017.

Resultados: Analisados os artigos seleccionados para a elaboração desta revisão, verifica-se que os mesmos referem que as intervenções de enfermagem (visitas domiciliárias, educações para a saúde, contatos telefónicos ou consultas de enfermagem) devem ser efetuadas incidindo nas várias frentes, mas insistindo na alimentação ao nível da alimentação e o exercício físico, já que existe uma grande resistência por parte dos idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 em realizá-los. Alguns artigos evidenciam ainda a importância da inclusão da gestão de stress nas intervenções, apresentando como causa o maior risco de depressão e stress nos idosos e a sua influência no autocuidado.

Conclusão: Perante os resultados, conclui-se que as intervenções de enfermagem, independentemente da forma de realização, são fundamentais para se conseguir a prática correta do autocuidado e a diminuição do stress no idoso com Diabetes Mellitus tipo 2. O enfermeiro deve atuar em colaboração com a restante equipa multidisciplinar, sendo que as intervenções devem ser individualizadas, indo ao encontro da realidade de cada idoso.

Palavras-Chave: Idosos; Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Stress Psicológico; Enfermagem.

RESUMEN

En Portugal más de 1 millón de portugueses tienen diabetes y más de 2 millones de personas tienen pre-diabetes, lo que resulta en el 40,7% de la población y se considera un problema de salud pública. Los programas de lucha contra la diabetes se centran en la prevención primaria en el autocuidado que engloba la gestión del estrés en intervenciones.

Cuestión y Objetivo: Identificar intervenciones de enfermería para la promoción del autocuidado en los ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 y para la disminución del estrés.

Metodología: En el presente trabajo se analizan los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos a través de estudios reconocidos, obtenidos en las bases (EBSCOhost: CHINHAL y MEDLINE, SciELO y PubMed-NCBI), obteniéndose un total de siete artículos sobre la temática publicados entre 2012 -2017.

Resultados: En el análisis de los artículos seleccionados para la elaboración de esta revisión, podemos decir que los mismos refieren que las intervenciones de enfermería (visitas domiciliarias, educaciones para la salud, contactos telefónicos o consultas de enfermería) deben ser perpetuadas incidiendo en el autocuidado a nivel de la alimentación y el ejercicio físico, ya que existe una gran resistencia por parte de los ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 en realizarlos. Algunos artículos evidencian la importancia de la inclusión de la gestión del estrés en las intervenciones, presentando como causa el mayor riesgo de depresión y estrés en los ancianos y su influencia en el autocuidado.

Conclusión: Ante los resultados, podemos concluir que las intervenciones de enfermería, independientemente de la forma en que se efectúen, son fundamentales para conseguir la práctica correcta del autocuidado y la disminución del estrés en el anciano con diabetes mellitus tipo 2. El enfermero debe actuar en colaboración con el resto del equipo multidisciplinario, siendo que las intervenciones deben ser individualizadas, yendo a la realidad de cada anciano.

Palabras clave: Ancianos; Diabetes Mellitus Tipo 2; autocuidado; Stress Psicológico; Enfermería.

ABSTRACT

In Portugal more than 1 million Portuguese have Diabetes and more than 2 million people have pre-Diabetes, translating into 40.7% of the population and being considered a public health challenge. Diabetes programs focus on primary prevention at the level of self-care encompassing stress management in interventions.

Question and Objective: To identify nursing interventions for the promotion of self-care in the elderly with Type 2 Diabetes Mellitus and for the reduction of stress.

Methodology: Integrative review, carried out through the synthesis and analysis of the results obtained through recognized studies, obtained in the databases (EBSCOhost: CHINHAL and MEDLINE, SciELO and PubMed-NCBI), obtaining a total of seven articles on the subject published between 2012 -2017.

Results: Analyzed the articles selected for the elaboration of this review, we can say that the same ones refer that the nursing interventions (home visits, health educations, telephone contacts or nursing consultations) should be perpetuated, focusing on self-care at the feeding level and physical resistance, since there is great resistance on the part of the elderly with Diabetes Mellitus type 2 to perform them. Some articles also highlight the importance of including stress management in the interventions, presenting as a cause the greater risk of depression and stress in the elderly and their influence on self-care.

Conclusion: Given the results, we can conclude that nursing interventions, regardless of how they are performed, are fundamental to achieving proper self-care and stress reduction in the elderly with type 2 diabetes mellitus. Nurses should work in collaboration with the other multidisciplinary team, and the interventions must be individualized, going against the reality of each elderly.

Keywords: Elderly; Type 2 Diabetes Mellitus; Self-care; Psychological Stress; Nursing.

INTRODUÇÃO

A nível mundial assistimos à crescente pandemia da diabetes tipo 2, causadora de 1,5 milhões de mortes em 2012 e que na atualidade apresenta uma prevalência de mais de 400 milhões de pessoas. Países como a China, a Índia, o Brasil, o México, o Paquistão, o Egipto, além dos Estados Unidos da América e da Rússia incluem habitantes com os maiores valores de glicemia na corrente sanguínea, sendo que a diabetes causou 1,5 milhão de mortes em 2012 ⁽¹⁾.

Na realidade portuguesa “...13,3% da população tem diabetes e mais de 2 milhões têm um risco elevado de a vir a desenvolver.” ⁽²⁾, existindo 7,7 milhões de indivíduos com diabetes tendo idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, sendo que um quarto das pessoas entre os 60-79 anos têm diabetes ⁽³⁾. O crescimento da prevalência da diabetes está relacionado com o aumento da taxa de envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa, sendo que em entre 2009 e 2015 houve um crescimento do número de pessoas com diabetes na ordem dos 13,5%. Assim, a diabetes mellitus constitui um grave problema de saúde pública a nível não só nacional, mas também mundial, pelo ao aumento da incidência e das consequências devido às complicações, morbilidade e mortalidade.

Para diminuir a incidência de complicações e consequente morbilidade e mortalidade é importante o enfermeiro incidir as suas intervenções a nível do autocuidado, na realização de educações para a saúde, fornecendo informações sobre hábitos e estilos de vida, procurando incidir a ação, indo ao encontro da necessidade demonstrada e incluir o autocuidado como meio de estratégia para o acompanhamento das pessoas nos cuidados de saúde primários ⁽⁴⁾. O enfermeiro deve “...conscientizar as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 sobre a importância da mudança do estilo de vida nas atividades de autocuidado e auxiliar na prevenção e/ou retardo das complicações decorrentes da doença, além de contribuir para melhorar a qualidade de vida.” ⁽⁵⁾.

Também cada vez mais é importante incluir nas intervenções a gestão de stress, porque esta é uma constante no nosso quotidiano e pode ser prejudicial na diabetes, quer a nível direto devido à interação de várias hormonas que alteram as necessidades de insulina e aumentam os níveis de glicose, quer a nível indireto por induzir medo, angústia, gerando mudanças nos estilos e hábitos de vida das pessoas, e consequentemente acarretar uma carga significativa de stress ⁽⁶⁾. Desta forma os profissionais de saúde devem englobar a gestão de stress no autocuidado da diabetes, ao nível do planeamento das intervenções de enfermagem, pois esta não pode ser desconectada da história do doente e da diabetes ⁽⁷⁾.

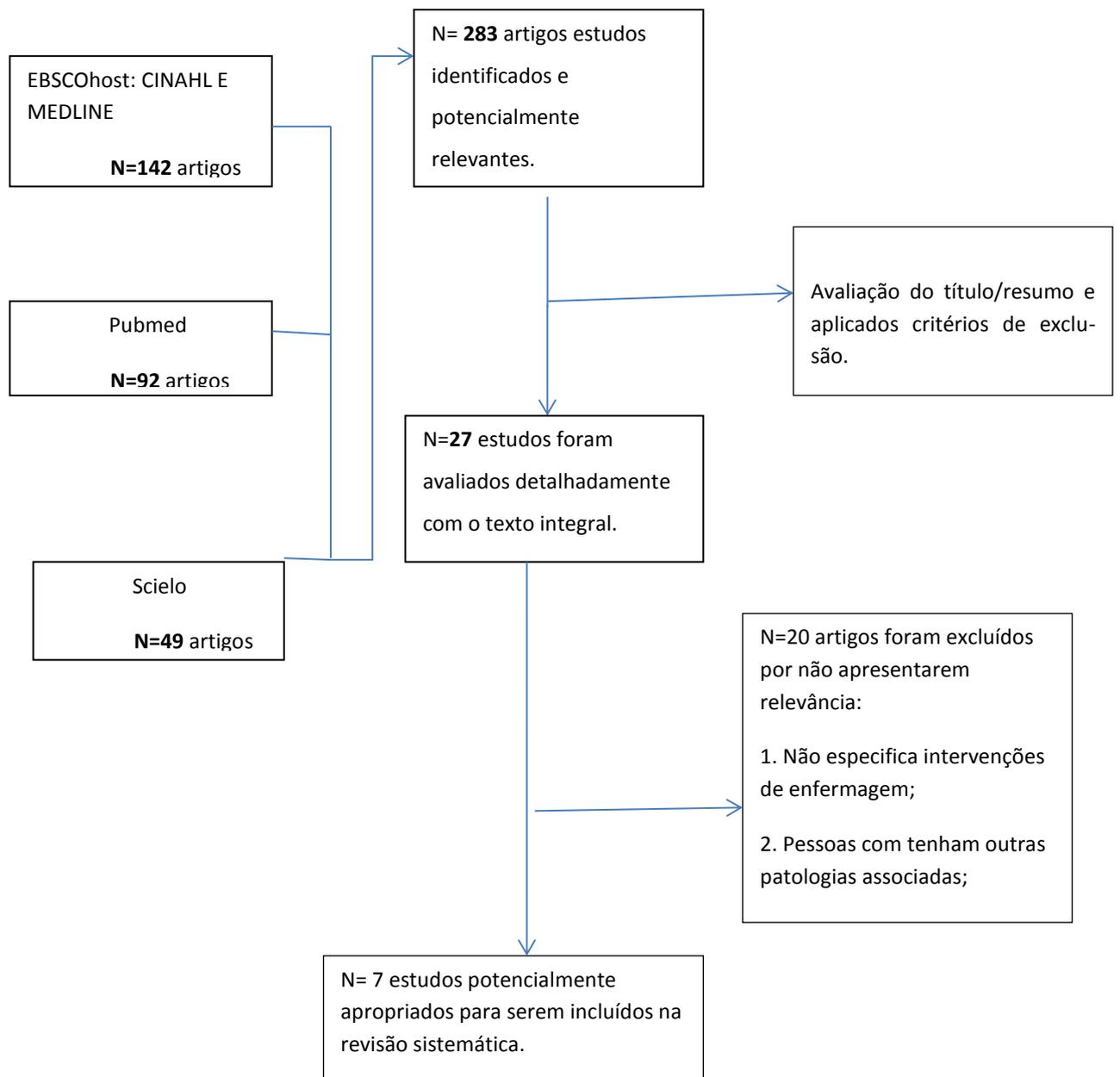
Com base nestes dados e na realidade que assistimos enquanto enfermeiros propôs-se efetuar uma revisão integrativa da literatura para responder à seguinte questão: Que intervenções de enfermagem podem contribuir para a promoção do autocuidado dos idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 e diminuição do stress?

MÉTODO

Recorreu-se a uma revisão integrativa literatura que é um “método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas”⁽⁸⁾. Para a realização deste artigo efetuou-se uma pesquisa exaustiva de informação sobre o tema em estudo, em bases de dados científicas, referente aos últimos cinco anos (2012-2017). A pesquisa foi realizada em novembro/dezembro de 2017, nos idiomas de português e inglês.

Neste trabalho de revisão integrativa da literatura procurou-se encontrar estudos de qualidade com informação pertinente, fiável e atualizada sobre as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado dos idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 e Gestão do Stress. Neste sentido, de forma a encontrar a informação sobre a temática em estudo, selecionou-se como descritores “idosos”, “diabetes mellitus tipo 2”, “autocuidado” “stress psicológico”, “enfermagem”, “elderly”, “diabetes mellitus type2”, “self care”, “stress psychological”, “nursing” e como operadores booleanos “and” e “e”.

Inicialmente realizou-se a pesquisa na EBSCOhost, que permitiu pesquisar em outras bases de dados como, *CHINHAL Plus with Full Text* e *MEDLINEwith Full Text*. Nestas acedeu-se a 142 artigos, tendo-se selecionado 2. Posteriormente, efetuou-se a pesquisa na base de dados SciELO, que deu acesso a 49 artigos, dos quais se selecionaram 2. Relativamente à pesquisa na PubMed, teve-se acesso a 92 artigos, tendo-se selecionado 3 (esquema 1).



Esquema 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos

Durante a seleção dos estudos, a avaliação do título e análise do resumo, permitiu identificar se os artigos obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção. Os critérios de exclusão foram, artigos sobre atividade de autocuidado com a diabetes e a presença de stress em crianças e adultos, estudos efetuados em contexto hospitalar e artigos de opinião que não são de painéis ou entidades relevantes na área. Uma segunda leitura mais profunda e sistemática do artigo integral permitiu constatar se respondia à pergunta que norteia a presente revisão e aprofundar certos aspetos do tema. Na leitura, análise e resumo dos artigos

considerou-se os parâmetros imprescindíveis para a seleção: **Participantes; Intervenções; Comparações; Resultados (Outcomes) e Desenho do estudo (PICOD)**, como é visível no quadro 1.

				Palavras-Chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Idosos com Diabetes Mellitus tipo 2	Idosos; Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Stress Psicológico; Enfermagem. Erderly; Diabetes Mellitus Type 2; Self Care; Stress Psychological; Nursing.
I	Intervenção	O que foi estudado?	Atividades de autocuidado com a diabetes e a presença de stress	
C	Comparações/Contexto	Podem existir ou não	Entre as atividades ao nível do autocuidado com a diabetes e a presença de stress Cuidados na Comunidade	
O	Outcomes	Resultados, efeitos ou consequências	Aumento do autocuidado e/ou diminuição do stress	
SD	Desenho do Estudo	Como é que a evidencia foi recolhida?	Qualitativo; Quantitativo; Revisão Sistemática da Literatura	

Quadro 1: Protocolo de investigação

Os artigos seleccionados foram depois sujeitos a avaliação de qualidade.

A qualidade metodológica é avaliada pela apreciação crítica usando ferramentas validadas. Os artigos foram avaliados de acordo com as grelhas de Joanna Briggs⁽⁹⁾, considerou-se que os artigos se entre os 70% e os 90% de concordância. Os níveis de evidência foram analisados em Joanna Briggs⁽¹⁰⁾ verificando-se: 3 artigos com nível de evidência de efetividade 1a, 1 artigo com nível de evidência de efetividade 2c, 1 artigo com nível de evidência de efetividade 3c e 2 artigos com nível de evidência de significado 3e.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Deste modo, esta revisão integrativa da literatura é sustentada por 7 Artigos Científicos que estão sintetizados no quadro nº2. No que diz respeito à metodologia, 3 dos artigos são estudos qualitativos, 3 estudos são de origem experimental e 1 quase-experimental. Os participantes em 4 estudos são apenas idosos, nos restantes 3 estudos os participantes além de ter idosos também contemplavam alguns adultos. Relativamente ao fenómeno em estudo/ intervenção todos os estudos versaram o autocuidado com a diabetes mellitus tipo 2 e 4 estudos abrangeram a gestão do stress em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Todos os artigos resultam de trabalhos efetuados na comunidade e não em ambiente hospitalar de acordo com os critérios de seleção previamente estabelecidos.

	Estudo	Autores	Ano	Tipo Estudo	NE	Participantes	Local
15	Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity.	Markle-Reid, M., Ploeg, J., Fraser, D., Fisher, K., Bartholomew, A., Griffith, L., Miklavcic, J., Gafni, A., Thabane, L., Upshur, R.	2017	Estudo experimental	1a	159 Idosos com diabetes mellitus tipo 2	Comunidade
13	Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes	Torres, H., Santos, L., & Cordeiro, P.	2014	Estudo qualitativo	3e	25 participantes com média de idade igual a 63,7 anos e diabetes mellitus tipo 2	Unidades Básicas de Saúde.
16	Strategies for enhancing information, motivation, and skills for self-management behavior changes: a qualitative study of diabetes care for older adults in Korea.	Choi, S., Song, M., Chang, S., Kim, A	2014	Estudo qualitativo	3c	12 idosos(65 ou mais anos) com diabetes mellitus tipo 2 e cinco educadores de diabetes (enfermeiros e nutricionista)	Comunidade
14	Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial	Cortez, D., Macedo, M., Souza, D., Santos, J., Afonso, G., Reis, I., & Torres, H.	2017	Estudo experimental	1a	238 participantes com idade entre 30 e 80 anos com diabetes mellitus tipo 2	Unidades de saúde publica
12	The Evaluation of Supportive-Developmental Nursing Program on Self-Care Practices of Persons with Type 2 diabetes at the Health Centre in Bachok, Kelantan	Rosmawati, M., Rohana, A., & Manan, W.	2013	Estudo quase experimental	2c	68 pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 2	Centro de Saúde
18	Effects of supportive telephone counseling in the metabolic control of elderly people	Becker, T. C., Teixeira, C. S., Zanetti, M. L., Pace, A. E., Almeida, F. A., & Torquato, M. G.	2017	Estudo experimental	1ª	63 participantes com mais de 60 anos e com diabetes mellitus tipo 2	Unidade de Saúde

	with diabetes mellitus.						
17	Patients' experiences of diabetes education teams integrated into primary care.	Grohmann B., Espin S., Gucciardi E.	2017	Estudo qualitativo	3e	23 participantes desde os 40 anos, mas maioritariamente estavam no grupo >60anos com diabetes mellitus tipo 2	Cuidados de Saúde primários na Comunidade

Quadro nº2: Quadro de síntese dos artigos seleccionados

Quanto aos resultados encontrados, procedeu-se à sua reinterpretação reflexiva, após análise dos 7 artigos anteriormente apresentados no quadro nº2.

O autocuidado na diabetes é o pilar do controlo da diabetes, “sendo fundamental a responsabilização da pessoa com diabetes e uma participação ativa na sua autovigilância, contribuindo para o sucesso do plano terapêutico”⁽¹¹⁾, ou seja, grande parte dos cuidados que a diabetes requer são da responsabilidade da pessoa, mas para que isto aconteça os idosos com diabetes mellitus tipo 2 precisam de informação e consequente empowerment. Desta forma é necessário que o enfermeiro programe sessões de educação para a saúde ao nível das práticas de autocuidado como a alimentação, o exercício físico, a avaliação da glicémia, a gestão da medicação e gestão do stress, sendo que a alimentação gera dúvidas e preocupações em muitas pessoas no que se refere ao tratamento da diabetes, existindo muitas vezes crenças pessoais nesta área, especialmente em relação à existência de alimentos nocivos ou proibidos e que podem interferir na adesão ao autocuidado^(12; 13). Um aspeto importante desta temática é o facto de o ensino contemplar o tema da ingestão de hidratos de carbono e a sua contagem a cada refeição, tendo posteriormente resultados na diminuição dos valores da HbA1c⁽¹⁴⁾. O autocuidado com a alimentação é um tema central nas sessões de educação para a saúde, assim como o exercício físico. É facto que há uma grande resistência por parte das pessoas na realização da prática de atividade física de forma regular, apontando motivos como a falta de tempo e de espaço para sua realização, assim como as dores advindas de comorbidades (muito presentes nos idosos) ou a falta de companhia, são alguns dos motivos são apontados⁽¹³⁾.

Ainda relativo ao autocuidado na diabetes é importante o enfermeiro inserir na educação para a saúde a gestão do stress, que tem influência no autocuidado. Cerca de um terço das pessoas com diabetes apresentam distúrbios depressivos e os idosos com diabetes mellitus tipo 2 apresentam maior risco de depressão do que os mais jovens, estando diretamente interligada a um menor autocuidado⁽¹⁵⁾.

Os enfermeiros devem incluir nos cuidados estratégias educacionais, comportamentais e psicossociais, sendo que estas últimas assumem um papel crucial para aumentar a motivação dos idosos, diminuir o stress e servir de apoio social, quer seja da parte dos profissionais de saúde, quer seja da família. Este apoio assume um papel importante principalmente quando os níveis de stress são elevados e as pessoas com diabetes mellitus sentem-se cansadas devido à sua frustração nomeadamente com o não controlo dos níveis de glicose no sangue⁽¹⁶⁾.

As estratégias educacionais, como a educação para a saúde em grupo assume a sua importância no autocuidado, mas esta pode ter informações generalizadas, não adaptadas às necessidades dos indivíduos e, desta forma a educação deve ser preferencialmente realizada individualmente, onde a informação é personalizada e conseqüentemente adequada à realidade de cada pessoa com diabetes mellitus tipo 2⁽¹⁷⁾. Os enfermeiros atendem às necessidades das pessoas e as intervenções são adaptadas às metas destes, à sua linguagem e às suas crenças culturais. Estas crenças são enfatizadas pelos idosos, enquanto os profissionais de saúde e concentram nos aspetos mais técnicos do ensino⁽¹⁶⁾. Os profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionista, professor de educação física, médico, devem trabalhar em equipa para que se possa abranger toda a dimensão do idoso com diabetes mellitus tipo 2 de forma a garantir o sucesso ao nível da aquisição do autocuidado⁽¹⁷⁾.

Os estudos referem a existência de barreiras no autocuidado das pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2 e que devem ser tidas em conta na educação para a saúde, dando como exemplo a necessidade de mudança no estilo de vida que gera insatisfação e resistência, levando à negação da doença, falta de tempo, dificuldade financeira, complicações da doença e idade avançada⁽¹³⁾. Desta forma as intervenções de enfermagem, nomeadamente a educação para a saúde deve ser repetida (os programas de capacitação para doenças crónicas devem ser perpetuadas pela equipa de saúde)⁽¹⁴⁾, tendo subjacente que os idosos precisam de estratégias para superar os problemas relacionados ao envelhecimento, como o declínio da memória e a má compreensão da autogestão do diabetes⁽¹⁶⁾.

O ensino pode ser realizado em diversos locais, além dos centros de saúde nos diversos estudos analisados é apresentada como intervenção de enfermagem a visita domiciliária enquanto forma de contemplar as necessidades do indivíduo, estimular a adesão ao tratamento a partir das práticas de autocuidado, trazendo posteriormente autonomia, além de promover a aproximação do profissional de saúde à realidade de cada indivíduo⁽¹³⁾. Na visita domiciliária o enfermeiro deve incluir os cuidadores e família, a maioria das pessoas fica envolvida e receptiva⁽¹⁵⁾.

Uma outra forma de intervenção de enfermagem analisada nos artigos foram as intervenções telefónicas⁽¹⁸⁾ sendo esta uma forma de capacitar os diabéticos e familiares na gestão do seu autocuidado, fazendo educação em saúde e supervisão de pacientes por meio de suporte telefónico. Esta intervenção de enfermagem pode ser uma estratégia educativa, permitindo que os pacientes sejam monitorados em relação a questões e motivados sobre os objetivos de mudança de comportamento⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

A diabetes mellitus é uma doença metabólica grave e crónica, constitui atualmente, um problema de saúde pública em vários países do mundo, sendo que Portugal não é exceção ⁽¹⁹⁾. Assim, o autocuidado é fundamental para evitar o aparecimento de complicações, não esquecendo que sendo uma doença crónica, onde o stress influencia, daí a importância da intervenção precoce e sistematizada.

Deste modo torna-se necessário que a educação para a saúde incida em áreas de intervenção como a alimentação e a prática de exercício, conduzidos de forma contínua e que os enfermeiros tenham consciência de que a aquisição do conhecimento não induz necessariamente à mudança de comportamento, é preciso envolver as pessoas nos cuidados, assegurando a compreensão da parte do idoso com diabetes mellitus tipo 2 para que este se torne autónomo no autocuidado.

Estas estratégias educacionais devem incidir na atenção personalizada e serviços integrados de saúde, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde. A equipa multidisciplinar deve ser uma realidade nos cuidados de saúde primários de forma a dar resposta a todas as dimensões relacionadas com o autocuidado, reduzindo as barreiras à educação de autogestão, englobando a gestão de stress e desenvolvendo cuidados centrados na pessoa como ser individual, provido de crenças e valores. Todas as intervenções dedicadas ao autocuidado do idoso na gestão da doença crónica e do stress visam a que o próprio adquira acessibilidade ao conhecimento, poder de decisão e segurança.

As intervenções de enfermagem podem ser realizadas através de visitas domiciliárias, de educação para a saúde ou de contactos telefónicos, mas independentemente da forma, o que é importante refletimos é a necessidade da implementação de estratégias inovadoras e complementares para aumentar o autocuidado e diminuir o stress de idosos com diabetes mellitus tipo 2 na comunidade.

BIBLIOGRAFIA

- 1- World Health Organization Global Report on Diabetes. 2016. [Acesso em 28 novembro 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf
- 2- Boavida, J. Diabetes: uma emergência de saúde pública. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2016. 34(1): 1-2.
- 3- Sociedade Portuguesa Diabetologia Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015. 2016. [acesso em 03 dezembro]. Disponível em: <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>
- 4- Almeida, L. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. Serviços de saúde pública. 2010. Vol 28, janeiro/ junho, nº1. 74-92. [Acesso em 28 novembro 2017]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a09.pdf>.
- 5- Coelho, C., Boas, C., Gomides, D., Foss-Freitas, C., & Pace, A. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. 2015. Texto Contexto Enfermagem. Julho-Setembro. 24(3). 697-705. [acesso em 12 de dezembro 2017]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=0029db18-1e4c-4720-9f49-3fe4bb974cb8%40sessionmgr102&hid=107>
- 6- González, A., Valtier, M., Paz-Morales, M., & Valenzuela, S. Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México. Rev enferm Heredian. 2015. 8 (1). 24-28.
- 7- Curry, A. The Depression Connection. Innovation. 2017. pp. 18-19. [acesso em 12 de dezembro 2017]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=0029db18-1e4c-4720-9f49-3fe4bb974cb8%40sessionmgr102&hid=107>
- 8- Mendes K., Silveira Renata C., Galvão C.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. 2008

Dec.17(4): 758-764. [acesso em 18 dezembro 2017].Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

9- The Joanna Briggs Institute (AU). The Joanna Briggs Institute critical appraisal tools for use in JBI systematic reviews: Checklist for case control studies. Adelaide. JBI. 2016.

10- The Joanna Briggs Institute. The New JBI Levels of Evidence and Grades. Levels of Evidence – Effectiveness.2014.[acesso em 16 dezembro 2017]. Disponível em : <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbednav=Levels-of-Evidence>.

11- World Health Organization. Screening for Type 2 Diabetes Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. Department of Noncommunicable Disease Management.2013.[acesso em 18 dezembro 2017]. Disponível em: http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_mnc03.pdf

12- Rosmawati, M., Rohana, A., & Manan, W. The Evaluation of Supportive-Developmental Nursing Program on Self-Care Practices of Persons with Type 2 diabetes at the Health Centre in Bachok, Kelantan. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 2013. 20(1), 16-22. EBSCO.

13- Torres, H., Santos, L., & Cordeiro, P. Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014. 27(1), 23-28. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400006>. Scielo.

14- Cortez, D., Macedo, M., Souza, D., Santos, J., Afonso, G., Reis, I., & Torres, H. Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial. *BMC Public Health*. 2017. 17(1), 41. 5-10. doi:10.1186/s12889-016-3937-5. EBSCO.

15- Markle-Reid, M., Ploeg, J., Fraser, D., Fisher, K., Bartholomew, A., Griffith, L., Miklavcic, J., Gafni, A., Thabane, L., Upshur, R. Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017. 27 November. 1-11. DOI: 10.1111/jgs.15173. PubMed.

16- Choi, S., Song, M., Chang, S., Kim. A Strategies for enhancing information, motivation, and skills for self-management behavior changes: a qualitative study of diabetes care

for older adults in Korea. *Patient Preference and Adherence*. 2014. Fevereiro 14; 8:219-226. doi: 10.2147/PPA.S58631. PubMed.

17- Grohmann, B., Espin, S., Gucciardi, E. Patients' experiences of diabetes education teams integrated into primary care. *Can Fam Physician*. 2017. Feb;63(2). 128-136. PubMed PMID: 28209705; PMCID: PMC5395411.

18- Becker, T. C., Teixeira, C. S., Zanetti, M. L., Pace, A. E., Almeida, F. A., & Torquato, M. G. Effects of supportive telephone counseling in the metabolic control of elderly people with diabetes mellitus. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 2017. 70(4): 704-710. doi:10.1590/0034-7167-2017-0089. Scielo.

19- American Diabetes Association. *Diagnosis and Classification of Diabetes*. *Diabetes Care*. 2011. Vol 34: 1. 62-69. <http://doi.org/10.2337/dc11-S062>