



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

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

“Viver Melhor com Diabetes: Promoção do Autocuidado da Pessoas Idosas com Diabetes”

Isa Sofia Dos Santos Pincho

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

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

“Viver Melhor com Diabetes: Promoção do Autocuidado da Pessoas Idosas com Diabetes”

Isa Sofia Dos Santos Pincho


Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



Aos meus pais por estarem sempre presentes e me apoiarem em todas as decisões da minha vida, mesmo quando isso diminui o tempo para estarmos juntos.

Obrigada por tudo o que fizeram por mim

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof. Dra. Ana Paula Gato por toda a disponibilidade demonstrada, por me ter apoiado, mais que orientadora uma pessoa compreensiva, motivadora e simultaneamente sensível. À Enfª Isa Ataíde por estar sempre disponível, por nos ter aceitado de braços abertos, por nos motivar e compartilhar a sua experiência conosco

Aos meus pais e avós que estão sempre comigo, me apoiam e exigem o melhor de mim.

Ao meu namorado por acreditar em mim e em todas as aventuras a que me proponho, sempre com a sua palavra amiga e motivacional.

À minha colega/amiga Ângela Ferro que me desafiou a participar com ela nesta etapa da nossa vida, a dividir experiências, viagens intermináveis, mas também divertidas.

À Telma colega de licenciatura e novamente colega de mestrado, sempre divertida e pronta a ajudar.

A todos os profissionais que trabalham na ERPI de Sagres que nos receberam de braços abertos e mostrarem entusiasmo com a execução deste projeto.

A todos os idosos que participaram no estudo, que mesmo com dificuldades participaram neste trabalho, sem eles não seria possível.

RESUMO

A *diabetes mellitus* é uma doença crónica com elevada prevalência e complicações associadas que conduzem a incapacidades. Um dos concelhos do Barlavento Algarvio com maior prevalência de pessoas idosas com diabetes é Vila do Bispo.

Este relatório apresenta o projeto de intervenção, desenvolvido no Estágio do Mestrado em Enfermagem, realizado na UCSP de Vila do Bispo dirigido às pessoas idosas com diabetes.

O objetivo geral foi promover a sua adesão ao autocuidado. Foi utilizada a metodologia de planeamento em saúde. Foi aplicado o questionário sobre as atividades de autocuidado com a diabetes, traduzida e validada para português por Bastos & Lopes (2004).

Os resultados sugerem que os determinantes sociodemográficos têm influência no autocuidado na diabetes, e que a dimensão da atividade física continua a ser das que menos adesão apresenta. Foram desenvolvidas atividades de educação para a saúde no sentido de aumentar o conhecimento para o autocuidado.

Palavras-chave: *Diabetes mellitus*, autocuidado, enfermagem.

ABSTRAT

Living better with diabetes: Promoting self-care for the elderly with diabetes

Diabetes mellitus is a chronic disease with a high prevalence and associated complications that lead to disability. One of the counties of the Eastern Algarve with the highest prevalence of elderly people with diabetes is Vila do Bispo.

This report presents the intervention project, developed in the Master's Degree in Nursing, held at the Vila do Bispo UCSP for the elderly with diabetes.

The general objective was to promote adherence to self-care. The methodology of health planning was used. The questionnaire on self-care activities with diabetes was translated and validated into Portuguese by Bastos & Lopes (2004).

The results suggest that sociodemographic determinants have an influence on self-care in diabetes, and that the dimension of physical activity continues to be the one with the least adherence. Health education activities were developed to increase knowledge for self-care.

Key words: Diabetes mellitus, self-care, nursing.

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do nº de habitantes entre 1864 e 2011	31
Gráfico 2 – Índice de Dependência dos Idosos no Concelho da Vila do Bispo	31
Gráfico 3 – Tempo de Diabetes	47
Gráfico 4 – Dimensões dos Autocuidados	52

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Diabéticos Identificados no SINUS em 2009 por grupo etário e sexo	34
Tabela 2 – Pessoas com Diabetes com mais de 65 anos inscritas na UCSP de Vila do Bispo	35
Tabela 3 – Caracterização Sociodemográfica	46
Tabela 4 – Tratamento Farmacológico na Diabetes	48
Tabela 5 – Complicações na Diabetes	48
Tabela 6 – Hábitos Tabágicos	48
Tabela 7 – Formação Específica	49
Tabela 8 – Consistência Interna	50
Tabela 9 – Estatísticas Descritivas	50
Tabela 10 – Estatísticas Descritivas (dimensões)	52
Tabela 11 – Comparação: gênero	53
Tabela 12 – Comparação: idade	54
Tabela 13 – Comparação: Complicações	54
Tabela 14 – Comparação: Complicações nos Hábitos Tabágicos	55

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – Imagem da Localização de Vila do Bispo no Mapa

29

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centro de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM – Diabetes Mellitus

DR – Diário da República

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Índice

INTRODUÇÃO.....	13
1 .ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. Diabetes Mellitus	16
1.2. Diabetes no Idoso	17
1.3. Autocuidado na Diabetes	18
1.4. A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	21
1.5. A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Autocuidado	23
2.METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS	26
2.1 Metodologia.....	26
2.2. Questões éticas	28
3.DIAGNÓSTICO DE SAÚDE.....	30
3.1. Caracterização do Concelho da Vila do Bispo	30
3.2. A População de Vila do Bispo	32
3.4. Os Recursos de Saúde e de Apoio Social em Vila do Bispo	34
3.4.1. A UCSP Vila do Bispo	34
3.4.2. Outros recursos de saúde e sociais.....	35
3.5 População Diabética Inscrita na UCSP da Vila do Bispo	36
3.6. Identificação dos Problemas e Necessidades de Saúde	38
3.4.1 Análise dos dados concelhios	38
3.4.2 Análise dos dados da entrevista	38
4.DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES, OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS	41
4.1. Determinação de prioridades	41
4.2. Objetivos e Estratégias	43

5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	44
5.1 Seleção de Atividades	44
5.2 Cronograma e indicadores para avaliação	45
6. EXECUÇÃO - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	44
6.1. A Avaliação da Adesão ao Autocuidado dos Idosos Diabéticos	46
6.1.1. Apresentação e discussão dos resultados	47
6.2. As Sessões de Educação em Saúde.....	59
7. AVALIAÇÃO DO PROJETO	60
8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	62
9. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	64
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES	
APÊNDICE I – PLANO DA SESSÃO ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	
APÊNDICE II – PLANO DA SESSÃO PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM IDOSOS DIABÉTICOS	
APÊNDICE III – PANFLETO SOBRE DIABETES	
APÊNDICE IV – CRONOGRAMA	
APÊNDICE V – PROPOSTA DE PROJETO – UNIVERSIDADE ÉVORA	
APÊNDICE VI – MODELO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	
APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	

APÊNDICE VIII – REVISÃO SISTEMÁTICA

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOBRE O AUTOCUIDADO NA DIABETES

**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE
AUTOCUIDADO**

**ANEXO III – COMISSÃO DE ÉTICA, UNIVERSIDADE DE ÉVORA –
REQUERIMENTO**

**ANEXO IV – COMISSÃO DE ÉTICA, UNIVERSIDADE DE ÉVORA –
PARECER**

ANEXO V – DECLARAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus é considerada uma doença crónica com elevado impacto social esta doença destaca-se pela elevada prevalência mundial, apresentando um potencial para o desenvolvimento de complicações quer crónicas quer agudas, quando não devidamente tratada.

Exige um controlo adequado para que sejam evitadas complicações graves e para que isso seja possível tem de existir uma reorganização na vida da pessoa, nomeadamente com a necessidade de alterações no estilos de vida e dos cuidados inerente à doença, o que irá causar mudanças e implicações a nível do seu bem-estar pessoal e familiar, por vezes com custos bastante elevados quer para as pessoas e família, quer para a sociedade.

Segundo o Observatório da Diabetes em Portugal, (2015) a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, era de 13,3% em 7,7 milhões de indivíduos em 2015, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5% (Observatório da Diabetes em Portugal, 2015). A problemática da diabetes no idoso é assim uma área que requer investimento e redobrada atenção dos profissionais de saúde, até porque muitas vezes os idosos têm também múltiplas patologias e dificuldades em executar as suas atividades de vida, nomeadamente as relacionadas com a doença.

Quando a pessoa se depara com o diagnóstico de uma doença crónica, enfrenta um desafio que tem implicações no seu projeto de vida. A maneira como a pessoa vivência a transição saúde/doença abrange vários fatores como a gestão do regime terapêutico e as atividades de autocuidado, influenciando assim o decurso da doença.

O autocuidado é um conjunto de atividades desenvolvidas pelo indivíduo, família ou comunidade com o intuito de melhorar a saúde, prevenir a doença e/ou restaurar a saúde. Estas derivam do conhecimento e das competências do profissional de saúde aliadas à determinação do individuo (Souza, 2007).

A enfermagem desempenha um papel preponderante nas questões da promoção do autocuidado, pois tendo como objetivo o cuidar, com ênfase na relação interpessoal, tem um papel ativo no ensino, no esclarecimento de dúvidas, capacitando a pessoa portadora de diabetes para que esta desempenhe as atividades de autocuidado de maneira mais correta possível, ajudando também a que estes mesmos cuidados sejam adaptados à realidade de cada um.

Este relatório explicita o trabalho por nós desenvolvido nos períodos de Estágio do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, que decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Vila do Bispo. Desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária, com base num diagnóstico de situação de saúde que permitiu identificar a necessidade de promover o autocuidado da diabetes no idoso, tentando identificar se a regularidade e ações do autocuidado são as adequadas e motivar a participação dos idosos diabéticos e dos seus familiares em ações que lhes permitam o aumento do conhecimento para o autocuidado. O projeto desenvolveu-se nas ERPI da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo, tendo como população alvo os idosos aí residentes ou a frequentarem os centros de dia da mesma instituição.

O projeto de intervenção desenvolvido teve objetivo geral promover a adesão ao autocuidado das pessoas idosas diabéticas e como objetivos específicos, avaliar as atividades de autocuidado com a diabetes, melhorar o conhecimento das pessoas idosas diabéticas sobre o autocuidado e capacitar os idosos diabéticos residentes na ERPI para o Autocuidado na Diabetes.

O investimento na formação sobre autocuidado constitui uma estratégia que exige preparo, investimento e persistência dos profissionais de saúde e, de modo particular, do enfermeiro diante dos resultados que serão alcançados a longo prazo.

A metodologia utilizada foi a de planeamento em saúde, na etapa de diagnóstico de situação foram realizadas pesquisa documental e entrevistas, o que permitiu identificar como prioridade a intervenção na área da promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes. Uma das atividades realizadas foi a de avaliação da adesão ao autocuidado dos idosos com diabetes, tendo sido utilizado o questionário de atividades de autocuidado com

a diabetes adaptado para português por Fernanda Bastos. A amostra de população para responder ao questionário foi constituída por conveniência abrangendo idosos residentes nas ERPI do concelho de Vila do Bispo (ERPI da Vila de Sagres e da Vila de Budens) tendo sido inquiridos 32 indivíduos, 11 do género feminino, 21 do género masculino. O tratamento de dados foi feito através de programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). As outras atividades do nosso projeto incluíram sessões de educação para a saúde e reuniões com responsáveis e profissionais de saúde.

Este relatório pretende também dar visibilidade à forma como atingimos os objetivos previstos nas Unidades Curriculares de Estágio, pretende também tornar visíveis as aprendizagens que nos permitiram adquirir as competências esperadas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O presente trabalho encontra-se estruturado em cinco partes distintas. No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico, onde se efetua uma revisão da literatura relativamente à temática em questão, explorando conceitos como a *diabetes mellitus*, o papel do profissional de saúde na diabetes, passando por uma explicação e reflexão sobre a teoria de enfermagem que mais influenciou o nosso projeto: a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. O segundo e terceiro capítulo contemplam o diagnóstico da situação, definição de prioridades, objetivos e estratégias e ainda planeamento da intervenção e atividades desenvolvidas durante o projeto, na quarta parte procedemos à avaliação e discussão dos resultados e por fim enumeramos outras atividades desenvolvidas no Estágio, fazendo após o desenvolvimento e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, por último são apresentadas as conclusões do estudo procurando responder aos objetivos traçados inicialmente.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A delimitação teórica da problemática em estudo constitui um passo essencial para a compreensão do processo desenvolvido e do tema central, que neste trabalho é o autocuidado das pessoas idosas com diabetes.

Face aos avanços da medicina, que têm dado um exponencial contributo para o aumento da longevidade e qualidade de vida da pessoa, e ao número crescente de doenças crónicas das últimas décadas, torna-se imperativo refletir sobre as necessidades dos indivíduos no autocuidado na diabetes.

Neste capítulo abordamos as questões relacionadas com a diabetes, a sua incidência no idoso, o autocuidado na diabetes, a teoria de Dorothea Orem uma das teorias mais completas sobre o autocuidado e o papel preponderante que o enfermeiro desempenha na vida do idoso diabético.

1.1. Diabetes Mellitus

O termo diabetes Mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicémia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, consequentes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas. Os efeitos da diabetes mellitus a longo prazo, incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos. Na maioria das vezes os sintomas não são graves, podendo até estar ausentes, e consequentemente pode estar presente durante muito tempo uma hiperglicemia suficiente para causar alterações patológicas e funcionais, antes de ser feito o diagnóstico (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015).

A diabetes é uma doença em expansão sobretudo nos países desenvolvidos e industrializados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para o problema da diabetes, chamando a atenção para a necessidade de intensificar a prevenção e o tratamento da doença, sendo que o relatório global sobre diabetes demonstra que o número de adultos com diabetes quadruplicou desde 1980 para 422 milhões de adultos, este aumento deve-se à diabetes tipo 2 e os principais fatores determinantes são o excesso de peso e a obesidade. (OMS, 2016)

Em 2012 a diabetes causou 1,5 milhão de óbitos, a as suas complicações mais frequentes são problemas cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, cegueira, insuficiência renal e em situações mais extremas a amputação dos membros inferiores (OMS,2016). A OMS apela aos governos para garantirem que as pessoas possam fazer escolhas saudáveis e que os sistemas de saúde possam diagnosticar, tratar e cuidar das pessoas com diabetes. Incentiva-nos também a todos a fazer uma alimentação saudável, a ser fisicamente ativos e evitar o ganho de peso (OMS,2016).

A prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, 7,7 milhões de indivíduos em 2015, foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5% (Observatório da Diabetes em Portugal, 2015).

Verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%). Verifica-se também a existência de um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade, mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos têm Diabetes.

Na última década tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida por Diabetes Mellitus em Portugal (-32%). Não obstante, em 2014 a Diabetes representou cerca de oito anos e meio de vida perdida por cada óbito por Diabetes na população com idade inferior a 70 anos. (Observatório da Diabetes em Portugal, 2015).

Também em 2014 a Diabetes assumiu um papel significativo nas causas de morte, tendo estado na origem de 4,0% das mortes ocorridas no ano.

A população com Diabetes representou, em 2014, 24,8% da letalidade intra-hospitalar no SNS (correspondendo a 11 736 indivíduos), ou seja, cerca de ¼ das pessoas que morreram nos hospitais tinham Diabetes (Observatório da Diabetes em Portugal, 2015).

1.2. Diabetes no Idoso

O aumento de doenças crónicas na idade avançada situa os idosos como o grupo etário mais medicado da sociedade, chegando a constituir mais de 50% dos usuários de numerosos fármacos (Borba, 2013). A dificuldade do regime terapêutico, a durabilidade do tratamento e as frequentes mudanças levam a erros no seguimento da terapia, a deficiência cognitiva e

visual, comuns nos idosos, podem dificultar o reconhecimento do medicamento e o cumprimento das prescrições. Além disso, o esquecimento decorrente do próprio processo de envelhecimento é também um factor de dificuldades. (Borba, 2013).

Como causa significativa de morbilidade e mortalidade a Diabetes Mellitus afeta especialmente os idosos. O acelerado processo de envelhecimento da população, aliado ao maior sedentarismo e a inadequados hábitos alimentares, além de outras mudanças sociais e comportamentais, contribuem para os crescentes níveis de incidência e prevalência da diabetes, bem como de mortalidade pela doença. (Francisco et al., 2010)

A intervenção na saúde do idoso portador de diabetes deve ter como objetivo manter os valores de glicémia normais, evitando as lesões micro e microvasculares, como os fatores de risco cardiovasculares e rastrear e tratar os síndromes geriátricos mais comuns (Lourenço, 2004).

Torna-se essencial que as instituições se preparem para ter condições para dar resposta a este problema mas, também, é indispensável reconsiderar as políticas e as intervenções dos cuidadores profissionais. A nível nacional a população idosa com mais de 65 anos, residente em Portugal é cada vez mais numerosa e urge repensar os cuidados, para que estes tenham respostas para as necessidades dos mais velhos (Hammerschmidt, 2007).

Ao longo do processo de envelhecimento, “[...] *as capacidades de adaptação do ser humano vão diminuindo, tornando-o cada vez mais sensível ao meio ambiente que, consoante as restrições implícitas ao funcionamento do idoso, pode ser um elemento facilitador ou um obstáculo para a sua vida.*” (Jacob, 2007:3). Assim tenhamos presente que para que o tratamento seja eficaz nas doenças crónicas é necessário readaptação do sistema de saúde e dos profissionais de saúde, pois as doenças crónicas como a diabetes exigem contato regular e prolongado durante o tratamento, e o envolvimento e participação do idoso em todo o processo. (Hammerschmidt, 2007).

1.3. Autocuidado na Diabetes

Uma das maiores dificuldades que se coloca aos indivíduos com diabetes prende-se com a capacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico, ou seja ser capaz de autocuidar-se em relação a este. Este obstáculo é sustentado por inúmeros fatores. Para além das dificuldades do tratamento podem interferir neste processo outros componentes como as representações individuais da doença, as crenças, a aceitação do diagnóstico, a personalidade,

as estratégias de coping, a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o diabético (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

A OMS definiu, em 2003, adesão terapêutica como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde. A adesão conceptualiza-se assim, como uma conduta ativa e voluntária do indivíduo, no tratamento da sua patologia, após concordância e partilha de responsabilidades com o profissional de saúde. Adesão também pode ser descrita como o autocuidado, um processo ativo, responsável e flexível, no qual o indivíduo se esforça por atingir um bom nível de saúde trabalhando em estreita colaboração com os profissionais de saúde, em vez de se limitar a seguir as regras rígidas que lhe são impostas. (OMS, 2003) É considerada adesão o seguimento de pelo menos 80% do regime terapêutico prescrito. Porém sabe-se que somente 50% dos indivíduos portadores de doenças crónicas, como a diabetes, não aderem ao tratamento e como tal assim não conseguem obter as melhoras esperadas no contexto da doença. A OMS através da *Adherence to long-term therapies*, incluindo a diabetes, estabeleceu que a adesão é um fenómeno multidimensional, determinado por um conjunto de cinco dimensões: socioeconómica, terapia, doente/paciente, doença, equipa e sistema de saúde (Borba, 2013).

A adesão ao regime terapêutico foi identificada como diagnóstico de enfermagem pelo Conselho Internacional de Enfermeiros ao defini-la como *“Ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhada num conjunto de ações ou comportamentos.”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 2)

Face a uma situação de patologia crónica, como a diabetes, que envolve frequentemente mudanças nos hábitos de vida, as pessoas nem sempre têm a aptidão de integrar essas mudanças de forma eficaz na sua vida diária. Essa dificuldade pode resultar em riscos para a saúde e na instalação de complicações decorrentes da doença (Borba, 2013).

O desempenho de um adequado nível de autocuidado por parte da pessoa com diabetes assenta nas bases para a prevenção de complicações relacionadas com a diabetes, melhorando a esperança e a qualidade de vida, é um dos principais problemas a que devem dar resposta às pessoas com diabetes (Riera, 2014).

De todos os autocuidados relacionados com o estilo de vida que a pessoa com diabetes tem de levar a cabo, a alimentação, o exercício físico e o autocontrolo da glicémia adquirem grande importância para o controlo glicémico e por conseguinte da patologia. (Riera, 2014).

Por outro lado, e de acordo com Ley (1997), a não adesão pode ser definida como o não seguimento por parte do doente, dos conselhos dados pelos profissionais de saúde. Podem ser distinguidos dois tipos de não adesão: a não adesão não intencional, relacionada com problemas de capacidade do doente para cumprir a terapêutica e a não adesão intencional, em que estão na base problemas motivacionais que vão influenciar todo o processo. Joyce-Moniz e Barros (2005), chamam ainda a atenção para a não adesão distinguindo dois tipos de não adesão: a não adesão não intencional, relacionada com problemas de capacidade do doente para cumprir a terapêutica e a não adesão intencional, em que estão na base problemas motivacionais que vão influenciar todo o processo.

Assim podemos considerar que a não adesão ao tratamento é um problema multifatorial, que é influenciado por variados aspetos, tais como a idade, o sexo, doenças associadas (demência, diminuição sensorial, problemas económicos), problemas relacionados com medicamentos (custos, efeitos adversos, horário a cumprir) ou ainda associados à equipa de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado ou inexistente), tudo conjugado com o ambiente, as condições socioeconómicas e o empenho familiar, no apoio do diabético durante o tratamento (Benson; Vance – Bryan; Raddatz, 2000).

O inadequado controlo da glicémia, por exemplo, não está relacionado com a falta de conhecimento mas sim com a forma que a diabetes é priorizada na vida das pessoas com diabetes, a maneira que as pessoas apreendem a doença e a integram no seu sistema de significados é primordial para a definição de intervenções e obtenção de resultados no autocuidado (Cardoso, 2015).

Estudos demonstram que pessoas que anteriormente já abandonaram/interromperam o tratamento alguma vez sem orientação médica parecem aderir menos ao regime terapêutico prescrito. Este dado surge como um alerta para os profissionais de saúde visto que as pessoas que já abandonaram/interromperam o seu tratamento apresentam maior hipótese de repetir este mesmo comportamento, sendo necessária uma intervenção na tentativa de auxiliar na melhoria da adesão nestes pacientes. (Barros, A; Rocha, M; Helena, E, 2008).

As atividades de educação para a saúde em grupo mostram que esta modalidade assistencial, quando bem planeada e com sustentação a longo prazo, pode contribuir para melhoria de parâmetros clínicos, bem como de educação em saúde e contribuir para constituição de redes de apoio (Barros, A; Rocha, M; Helena, E, 2008).

Por outro lado a educação em diabetes deve voltar-se para a construção de conhecimentos que promovam o autocuidado e a autonomia das pessoas, num prisma de um viver mais saudável (Coelho; Silva, 2006)

1.4. A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

A questão do autocuidado há muito que é valorizada pelos enfermeiros. Foi com Dorothea Orem, em 1970 com a sua Teoria do Autocuidado, que se deu um grande avanço neste campo para a disciplina de Enfermagem. Segundo esta teoria, o autocuidado é a prática de atividades que as pessoas iniciam e realizam para o seu próprio benefício para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, ou caso não o consiga, por outra pessoa que o substitua (Queirós, 2010).

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham de livre vontade, por si próprias ou algo que alguém execute por elas para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua em consciência, de forma controlada, intencional e efetiva, e consegue atingir a verdadeira autonomização designa-se por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Queirós (2010) acrescenta que o autocuidado é universal e que abrange todos os aspetos vivenciais e não se restringe às atividades de vida diária e às instrumentais. Segundo a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, o autocuidado é uma contribuição constante do indivíduo para a sua própria existência (Queirós, 2010). Esta teoria focaliza-se na importância de reconhecer que a pessoa tem o direito de exercer o controle sobre si e sobre sua assistência. Assim a educação para o autocuidado, o indivíduo deve participar da decisão, de acordo com os seus valores, crenças, nível de conhecimento, habilidades e motivação (Queirós, 2010).

Orem apresentou três construções teóricas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, interligadas e interrelacionadas, tendo como foco principal o autocuidado, e sendo, passíveis de aplicação a todas as pessoas que necessitem de cuidado (Orem, 2001). Este construto apresenta um método de

determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado (Orem, 2001). Ainda dentro da TDAE Orem identificou três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Estes podem ser definidos como os objetivos que devem ser conseguidos através de ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por terceiros (Orem, 2001).

Para Testton (2017) a Teoria do Autocuidado de Orem, é uma das teorias de Enfermagem mais completas e estruturadas que tem como pressuposto que todos os seres humanos têm potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas, além da motivação essencial para o autocuidado. A teoria valoriza a responsabilidade do indivíduo para com sua saúde e reconhece que prevenção e educação para a saúde são aspetos importantes nas intervenções de enfermagem. A compreensão do modelo teórico de Orem está diretamente ligada ao conceito de autocuidado enquanto prática de atividades realizadas pelos indivíduos em benefício próprio, no caso de algum problema de saúde a execução dessas atividades estará associada a requisitos específicos com intenção de recuperação, reabilitação e controlo, para tal foram delineados seis requisitos de autocuidado em condições de doença definidos por Orem que são: Procurar e garantir assistência multiprofissional apropriada; Conhecer e considerar a doença e suas complicações; Aderir ao tratamento; Conhecer e considerar os desconfortos do tratamento; Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de Saúde e aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico (Mendonça,2017).

A ideia central da Teoria do Défice de Autocuidado é que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os autocuidados de saúde, as limitações anteriormente referidas deixam o indivíduo completa ou parcialmente incapaz de cuidar de si próprio ou dos seus dependentes, esta noção é a essência da teoria geral do défice de autocuidado, pois vai determinar a necessidade de intervenção do enfermeiro quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para o realizar. (Tomey & Alligood, 2002).

Porém para Queirós (2010) a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio perante situações de transição, situações em que esta não se consegue adaptar favoravelmente.

Para esclarecer a necessidade do papel do enfermeiro Orem identificou 5 métodos que podem ser utilizados em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa: executar ou agir, ou seja, substituir a pessoa naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar. Para Orem o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, planejar e intervir (Orem, 2001).

No que diz respeito aos sistemas de enfermagem de Orem (2001) identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem que são: o sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo necessita apenas da enfermagem para ajudá-lo nas atividades que o indivíduo não é capaz de realizar por si só e o terceiro sistema designado por apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, porém necessita dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações.

1.5. A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Autocuidado

Para a Organização Mundial de Saúde (2016) as Redes integradas de serviços de saúde são um mecanismo ideal que une vários níveis de cuidados de saúde e respondem com serviços de qualidade à procura de cuidados na área de doenças complexas como a diabetes. Os profissionais de saúde precisam de realizar formação contínua, incluindo atualizações frequentes sobre a gestão da diabetes, bem como sobre o uso de insulina, cuidados com os pés e apoio no autocuidado. A autogestão em diabetes é tão importante quanto o tratamento médico para assegurar o controle da doença. (OMS, 2016).

A OMS (2016) defende também que as equipas de cuidados primários de saúde devem ser apoiadas por guias e protocolos baseados em evidências científicas recentes, bem como por um sistema de informação clínica, sendo que associações de grupos de autoajuda da comunidade e de doentes podem complementar a ação dos profissionais de saúde, ajudando as pessoas a viver melhor com a diabetes.

O investimento nas ações de autocuidado exige preparação, investimento e persistência dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro pois os resultados serão alcançados a longo prazo. Temos presente, que o autocuidado se refere à capacidade do próprio indivíduo

de controlar a sua condição de saúde e alterar quando necessário as suas respostas cognitivas, comportamentais e emocionais com o intuito de manter uma boa qualidade de vida (Teston, 2017), só que esse processo é moroso e precisa de um investimento contínuo. A Teoria de Orem valoriza a responsabilidade do indivíduo e reconhece que prevenção e educação para a saúde são importantes nas intervenções de enfermagem (Teston, 2017).

Para que existam bons resultados no autocuidado é necessária formação contínua, a realização de sessões de educação em saúde em grupo tem sido uma estratégia utilizada para estimular mudanças nos hábitos de vida, pois além do profissional de saúde poder passar a informação a maior número de indivíduos, simultaneamente é promovida a socialização, a troca de experiências e o apoio mútuo entre os participantes enquanto que o profissional de saúde deve estar à disposição para esclarecer dúvidas e dar orientações acerca do assunto abordado (Costa, 2007).

Também Mendonça (2017) defende que a equipa multiprofissional de saúde deve promover o desenvolvimento de habilidades de autocuidado com o objetivo de corresponsabilizar as pessoas com DM no seu tratamento por meio da alteração, ou manutenção, de hábitos saudáveis e o reforço da autoconfiança. Logo, o autocuidado deve ser entendido como um comportamento aprendido e realizado pelo indivíduo em seu próprio benefício (Mendonça, 2017).

É necessário empenho nestas ações de formação, pois a mudança do estilo de vida de uma população é algo que se consegue alcançar a longo prazo. É, pois de extrema importância a atuação de uma equipa multidisciplinar para a realização das sessões de educação para a saúde, para minimizar o desconhecimento da população a respeito de doenças crónicas como é o caso da diabetes, proporcionando assim a adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida (Barbosa, 2013).

A vinculação ao profissional de saúde é crucial neste processo de aprendizagem e a forma como as pessoas são ajudadas reflete-se no autocuidado, a confiança do doente no prestador de cuidados é fator de influência preponderante sobre o controlo da doença. (Cardoso, et al, 2015).

Estudos indicam que os doentes portadores de diabetes a curto prazo identificaram os profissionais de saúde como pessoas chave, principalmente na fase inicial da sua doença, porém também na fase inicial a forma como a informação é facultada pelos profissionais de

saúde pode comprometer o processo de vinculação, alterando o compromisso entre ambos e a adesão ao regime terapêutico (Cardoso, 2015).

Dever-se-á ter presente que a educação em saúde deve ser considerada como a comunicação de relações entre os profissionais e as pessoas, com o objectivo de promover mudanças positivas de conhecimentos, para que sejam refletidas nos comportamentos de saúde das pessoas, grupos e comunidades (Cyrino, 2005).

Os processos educativos envolvem uma comunicação bilateral ou uma comunicação que envolve o educador e o educando, num diálogo, para o qual os dois contribuem à sua maneira para a construção do conhecimento. Esses processos ocorrem tendo por base o contexto de vida das pessoas, do seu passado, das suas experiências e devem ter o propósito de libertar as pessoas para que sejam sujeitos sociais capazes de fazer opções de forma construtiva para as suas vidas e para a sociedade a que pertencem (Ruiz; Lima; Machado, 2004).

2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

2.1 Metodologia

A metodologia estuda a realidade social para encontrar a explicação de factos sociais, através da observação e da experimentação comum a todas as ciências, é parte do processo de investigação (método científico) que possibilita a sistematização dos métodos e das técnicas necessárias para a levar a cabo.

A metodologia distingue-se por descrever a construção de dados, esta descrição demonstrará os processos de desenvolvimento de todo o processo de investigação, não apenas o produto deste desenvolvimento (Sousa, 2016).

A investigação visa a solução de problemas, concretiza-se através da investigação da realidade e é uma atividade que permite, construir conhecimento, que nos auxilia na compreensão de uma determinada realidade e orienta as nossas ações, pois toda a pesquisa tem a intencionalidade de *“elaborar conhecimentos que possibilitem compreender e transformar a realidade”* (Pádua, 2007:32). Segundo Pádua (2007) mais que um conjunto de etapas a seguir ao longo de um determinado processo, a metodologia é a explicação do caminho a percorrer em qualquer trabalho de pesquisa, inclui a descrição do tipo de investigação adotado, os instrumentos utilizados para a recolha de dados, bem como, as ferramentas metodológicas para a análise de dados quer se enquadrem em perspetivas de análise qualitativa quer quantitativa. (Pádua, 2007)

A metodologia utilizada para o nosso projeto foi a de planeamento em saúde, baseando-nos em Tavares, Imperatori e Giraldes.

Imperatori & Giraldes (1993) referem seis tipos de razões para a necessidade do planeamento da saúde: - os recursos são escassos, por isso devem ser utilizados da forma mais eficaz e eficiente; - necessidade de intervenção nas causas dos problemas, de modo a evitar que o problema se repita; - necessidade de definição de prioridades; - evitar intervenções isoladas e por isso desajustadas; - necessidade de racionalização de infraestruturas ; - utilização polivalente e integral de equipamentos.

Para Imperatori e Giraldes (1993) o planeamento divide-se em três grandes e importantes partes: a elaboração do plano (constituída por diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos e pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e

projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para Stanhope & Lancaster (2011), o planeamento em saúde é a identificação e elaboração considerando os recursos existentes de meios e métodos para fornecer no futuro, cuidados de saúde eficientes e pertinentes para carências de saúde identificadas numa população definida.

Segundo Tavares (1990) no diagnóstico de situação identificam-se as questões e determinam-se as carências. Devem-se ter como exigências a descrição quantitativa da situação, o conhecimento dos fatores determinantes, a análise e apreciação do seu desenvolvimento. (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para (Tavares, 1990) o diagnóstico de situação, como a primeira fase do planeamento em saúde, requer o conhecimento de um estado de saúde (problema de saúde) compreendido como deficiente pelo próprio e pelos profissionais de saúde, e determinar a necessidade de o resolver. Este diagnóstico deverá corresponder às necessidades de saúde da população. A fase de diagnóstico deve envolver os fatores económicos e sociais, reconhecendo os principais problemas de saúde e as suas condicionantes, de forma a elucidar as suas causas. O diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento. (Tavares, 1990). É de mencionar que a qualidade e a perfeição abrangidas na elaboração do diagnóstico determinarão, a escolha das prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na determinação das prioridades existem dois factores fundamentais: a definição dos critérios de decisão e saber estimar e comparar os problemas, ou seja, saber determinar as prioridades. Os critérios clássicos de determinação de prioridades são: magnitude, quando se caracteriza o problema pela sua dimensão, a transcendência, quando se valoriza as mortes por grupos etários e a vulnerabilidade que corresponde à possibilidade de prevenção do problema (Coelho,2007).

Na etapa da fixação dos objetivos estes têm que conseguir apreciar o grau de sucesso do projeto, saber adequar as finalidades procuradas pela sua implementação com as expectativas da população-alvo, saber destacar os elementos necessários à tomada de decisão no decorrer do processo de planeamento e gestão do projeto e que sejam geradores de mensagens sobre comportamentos e estados que sejam desejáveis relativamente à população-alvo, ou seja, o

objectivo bem definido tem que ser um tema pertinente, preciso, que poderá ser realizável e que se consiga medir ou seja mensurável (Tavares, 1992).

Para formular um objectivo é necessário conhecer a natureza da situação, os critérios de sucesso ou de fracasso, conhecer a população alvo do projeto assim como a zona de aplicação do mesmo e o tempo em que deverá ser concluído, daí que os objectivos tenham que ter um tema pertinente, que seja preciso, realizável e mensurável (Tavares, 1992).

O próximo passo será a selecção de estratégias que passa por estabelecer os critérios de conceção da mesma, enumerar as alterações necessárias e esboçar as estratégias potenciais. Na preparação operacional, também conhecida por programação caracteriza-se por um conjunto de actividades que serão necessárias para a execução da estratégia, sendo o projeto um conjunto de actividades que contribuem para a execução do programa, num tempo delimitado. Por sua vez cada actividade deve ser desenvolvida e estar em conformidade com vários parâmetros: o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve ser feito, onde fazer, avaliar a actividade e caso seja possível descrever o objectivo que pretende atingir assim como o custo estimado da actividade (Coelho,2007).

A etapa da avaliação é composta por algumas dificuldades que se encontram inerentes ao processo de avaliação, logo é importante que cada projeto contenha uma forma de avaliação, quer seja ao nível dos resultados esperados, ao nível da sua elaboração, implementação e execução, logo podemos concluir que o processo de avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo de planeamento e está inerente em todas as fases seguintes (Tavares, 1992).

2.2. Questões éticas

Preocupámo-nos em respeitar durante todo o nosso trabalho os princípios éticos, pois estes estão relacionados com a autonomia e o consentimento informado, revelando ainda a nossa apreensão pelo exercício da autonomia e proteção das populações e das pessoas e pela confidencialidade.

Durante a aplicação dos questionários foi garantido aos participantes a confidencialidade dos dados assim como o anonimato, apresentando a nossa máxima disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas existentes, para tal em todos os questionários existia um consentimento informado (APÊNDICE VI) que o participante teria que ler e assinar, de salientar

que questionários não assinados não fizeram parte do estudo e que antes da aplicação dos questionários foram explicados os objetivos dos mesmos.

Para a realização do estudo foram realizadas reuniões com o provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo, foi feito pedido por escrito, com parecer positivo da ERPI da Vila do Bispo (ANEXO V). Foi realizado o pedido de parecer sobre o projeto à Comissão de Ética da Universidade de Évora (ANEXO III), tendo vindo com parecer positivo da comissão. (ANEXO IV)

Foi solicitada a autorização da autora do questionário sobre o autocuidado na diabetes tendo também sido obtido parecer positivo da mesma para a aplicação no estudo. (ANEXO II)

3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

No processo de planeamento em saúde o primeiro passo é, de acordo com Tavares (1990) e Imperatori e Giraldes (1993), na construção do diagnóstico de situação. Este deve ser abrangente, de forma a reconhecer os principais problemas e os respetivos fatores condicionantes, e suficientemente aprofundado, para que se divulguem as causas.

O diagnóstico da situação corresponde ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade, consistindo um pré-requisito necessário ao prosseguimento das etapas seguintes. Segundo Imperatori e Giraldes (1993 :45), *“teoricamente, é fácil admitir a correspondência entre diagnóstico corretamente elaborado e as necessidades reais: a dificuldade começa na definição do que é necessidade «real» ”*.

Na mesma linha de pensamento, os autores referem que é necessário relacionar e compatibilizar as carências de saúde com a oferta e procura dos serviços, logo, nesta fase do planeamento, temos de caracterizar não só a população, mas também as suas carências em saúde e noutros serviços. Face à natureza do esperado em termos de desenvolvimento de competências para o nosso Estágio, e às condicionantes de tempo e das áreas de investigação previstas para o nosso mestrado, decidimos realizar o nosso diagnóstico dirigido para a população idosa diabética residente nas ERPI do Concelho de Vila do Bispo.

3.1. Caracterização do Concelho da Vila do Bispo

O concelho de Vila do Bispo situa-se na região do Algarve, mais propriamente na área designada como Barlavento. Este concelho possui a superfície de 179,06 km² de área, está subdividido em 4 freguesias e no ano de 2015 tinha 5206 habitantes (INE,2017), constatando-se uma diminuição no número de habitantes relativamente ao ano de 2012, 5258 habitantes segundo o Instituto Nacional de Estatística.

O município é limitado a norte pelo município de Aljezur, a nordeste por Lagos e a sul e oeste pelo oceano Atlântico.

Figura 1 - Imagem de localização de Vila do Bispo no mapa



Fonte: <https://portugalvirtual.pt/>

O concelho de Vila do Bispo está dividido em 4 freguesias (dados INE 2015, acedidos em 17/04/2017):

- Barão de São Miguel, com 14,87 km²;
- Budens, com 45,60 km²;
- Sagres, com 34,37 km²;
- União de Freguesias de Vila do Bispo e Raposeira, com 84,22 km²

A vila situa-se a cerca de: 330 km a sul de Lisboa, capital do país; 100 km de Faro, capital do distrito; e a 21 km de Lagos, a cidade mais próxima.

Em rodovia, pode-se aceder a Vila do Bispo a partir de Faro pela A22 (Via do Infante) até ao final (em Bensafrim - Lagos) e, em seguida, pela Estrada Nacional (EN) 125.

De autocarro, existem ligações rodoviárias regionais e nacionais, através das empresas *Eva Transportes* e a *Rede Nacional de Expressos*.

De avião, o aeroporto mais próximo situa-se em Faro.

De comboio, a estação mais próxima da empresa *Comboios de Portugal* (CP) situa-se em Lagos, com duas linhas férreas: Lisboa - Tunes (Alfa-Pendular; Intercidades; Inter-regional) e Linha do Algarve: Tunes – Lagos (Plano de Ação, 2017 – 2019)

Numa perspetiva histórica, podemos referir que Vila do Bispo tem origens numa antiga aldeia medieval, provavelmente, conhecida por Santa Maria do Cabo a qual, durante o 1.º quartel do Século XVI, e só depois se começou a nomear por Aldeia do Bispo, pois a mesma foi doada ao Bispo de Silves, D. Fernando Coutinho. Porém, pelo facto de ter deixado descendência, a terra foi herdada, no Século XVII, pela sua trineta, D. Madalena da Silva, que casou com um nobre da Restauração, Martim Afonso de Melo, o qual pediu ao Rei D. Afonso VI, como mercê 31 dos seus serviços em Portugal, Metropolitano e Ultramarino, a entrega da localidade, situação que se efetivou com a condição da citada aldeia ser elevada à categoria de Vila. Assim, após algumas questões com a Câmara de Lagos (a cuja jurisdição pertencia), a Aldeia do Bispo foi elevada a Vila, por decisão régia, a 26 de Agosto de 1662. O Concelho foi extinto e restaurado, pelo menos, duas vezes, em 1855 e 1890, respetivamente (Jesus, 2005).

3.2. A População de Vila do Bispo

Em 2015, a população residente no concelho de Vila do Bispo era de 5 206 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 29,1 hab/km² (INE), sendo muito inferior à média da registada no Algarve, de 88,4 hab/km², continuando a ser um dos concelhos menos povoados da região.

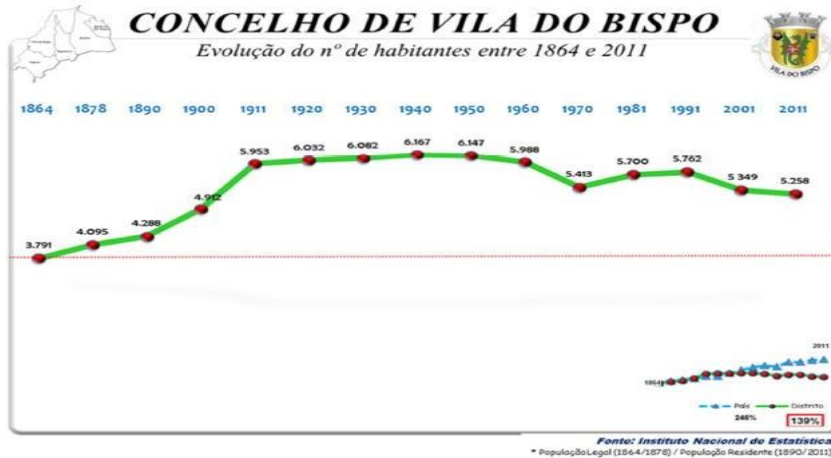
Aquando do Censos 2011 a população por freguesia era de:

- 451 habitantes a população da freguesia de Barão de São Miguel, sendo a densidade populacional de 30,3 hab/km²;
- 1520 habitantes a população da freguesia de Budens, sendo a densidade populacional de 33,3 hab/km²;
- 460 habitantes a população da freguesia de Raposeira, sendo a densidade populacional de 17,9 hab/km²;
- 1 909 habitantes a população da freguesia de Sagres, sendo a densidade populacional de 55,5 hab/km².

Viver melhor com diabetes: *Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes*

- 918 habitantes a população da freguesia de Vila do Bispo, sendo a densidade populacional de 15,7 hab/km².

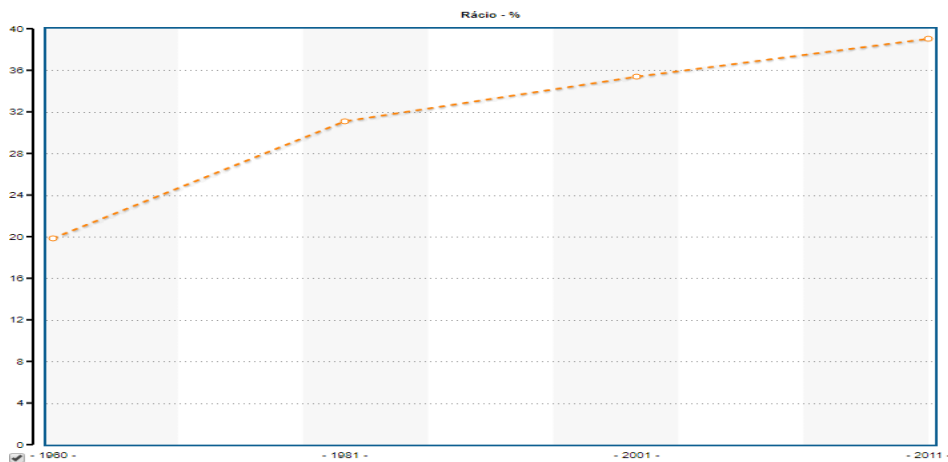
Gráfico 1 – Evolução do nº de habitantes entre 1864 e 2011



Fonte: Plano de ação 2017-2020 do ACES BARLAVENTO

Se o gráfico acima nos mostra o decréscimo da população no concelho de Vila do Bispo a partir de 1960, o gráfico abaixo dá-nos informação sobre o índice de dependência dos idosos no concelho.

Gráfico 2 - Índice de Dependência dos Idosos no Concelho da Vila do Bispo



Fonte: <https://www.pordata.pt>

O gráfico acima é elucidativo e mostra-nos o quanto o índice de dependência de idosos tem aumentado num concelho com número reduzido de habitantes e com uma significativa taxa de envelhecimento.

3.4. Os Recursos de Saúde e de Apoio Social em Vila do Bispo

Os recursos de saúde em Vila do Bispo são públicos, integram o Serviço Nacional de Saúde e são parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Barlavento, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, IP, Bombeiros Voluntários da Vila do Bispo, existe parceria com a santa casa da misericórdia e o Hospital São Gonçalo em Lagos que uma vez por semana são feitas as colheitas de sangue e urina por um enfermeiro e analista no edifício da ERPI de Sagres.

3.4.1. A UCSP Vila do Bispo

A UCSP Vila do Bispo está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Barlavento Algarvio, por sua vez integrado na Administração Regional de Saúde do Algarve I.P. A unidade é constituída pela sede, que se situa na freguesia de Vila do Bispo, e três extensões localizadas em Sagres, Budens e Barão de São Miguel.

A sede foi inaugurada em 1998. É um edifício de dois pisos, provido de uma ampla área com perfeitas infraestruturas e boa luminosidade. No piso rés do chão decorre a atividade assistencial e no andar de cima decorre a maioria da atividade administrativa, coordenação e serviços de saúde pública.

Existem três gabinetes médicos, três gabinetes de cuidados de enfermagem, um gabinete de vacinação, uma sala de fisioterapia, uma sala de classe em movimento, dois gabinetes de coordenação, dois gabinetes de saúde pública, uma secretaria, uma sala de reuniões, uma biblioteca e sala de espera de adultos e crianças.

A UCSP é constituída por uma equipa de profissionais de Medicina Geral e Familiar, Enfermagem, Fisioterapeuta, Assistente Social, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais, homologados pelo Conselho Diretivo da ARS.

Ao ACES reserva-se o direito de sempre que necessário, para assegurar o desenvolvimento de tarefas e atividades de interesse comum e imprescindíveis ao seu bom funcionamento, solicitar a colaboração dos profissionais da UCSP Vila do Bispo. Essa colaboração será sempre prestada, salvo acordo em contrário entre as partes, em regime normal de trabalho, ou extraordinário, de forma a não prejudicar a normal atividade da UCSP e do ACES.

3.4.2. Outros recursos de saúde e sociais

Quanto à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a resposta ao nível da região algarvia tem vindo a ser gradualmente reforçada, quer com a criação de unidades de internamento e reforço do número de vagas nas unidades existentes, quer com a criação de equipas de cuidados domiciliários, sobretudo na área dos cuidados paliativos. No entanto, verifica-se a inexistência de uma unidade de internamento de Cuidados Continuados no concelho de Vila do Bispo. No entanto existe uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) no ACES Barlavento, integrada na UCC Infante, que tem a sua sede no Centro de Saúde de Lagos mas que presta cuidados também no concelho de Silves. Esta equipa dispõe de 22 vagas contratualizadas para apoio domiciliário, prestando cuidados de enfermagem, médicos, sociais e de fisioterapia.

A nível concelhio existem várias parcerias entre as instituições comunitárias de apoio na área da saúde e na área social, nomeadamente as abaixo enumeradas:

1. Bombeiros Voluntários de Vila do Bispo
2. Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo de Vila do Bispo
3. Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo (Integra a ERPI da Vila de Budens e Vila de Sagres)
4. Alcoólicos Anónimos – Lagos
5. Associação dos Ex-Combatentes de Vila do Bispo
6. Associação de Dadores de Sangue do Barlavento algarvio – Portimão
7. MAPS – Movimento de Apoio à Problemática da SIDA – Delegação de Portimão
8. Associação de Dadores de Sangue do Barlavento algarvio – Portimão
9. Famílias Anónimas – Portimão
10. Narcóticos Anónimos – Portimão
11. Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson – Delegação do Barlavento Algarvio – Portimão

12. APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo – Portimão
13. Associação Portuguesa de Veteranos de Guerra – Delegação de Portimão
14. Associação Oncológica do Algarve – Delegação de Portimão
15. APEMBA – Associação da Pessoa com Esclerose Múltipla do Barlavento Algarvio – Portimão

3.5 População Diabética Inscrita na UCSP da Vila do Bispo

Após pesquisa sobre a população diabética no concelho foi possível encontrar os dados disponíveis mais recentes. São os que apresentamos de seguida, visto não existirem os planos de ação mais recentes e o atual (2017-2019) se encontrar em execução. Após termos estes dados foram

Tabela 1 – Diabéticos identificados no SINUS em 2009 por grupo etário e sexo

REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE - DIABÉTICOS IDENTIFICADOS NO SINUS, POR ACES, GRUPO ETÁRIO E SEXO (31/12/2009)																		
Agrupamentos Centros de Saúde	0-19 anos			20-39 anos			40-59 anos			60-75 anos			≥ 76 anos			Total		
	M	H	MH	M	H	MH	M	H	MH	M	H	MH	M	H	MH	M	H	MH
ACES BARLAVENTO	23	28	51	127	118	245	813	1.125	1.938	1.673	1.833	3.506	1.029	804	1.833	3.665	3.908	7.573
Aljezur	1	1	2	6	3	9	36	37	73	81	76	157	49	40	89	173	157	330
Lagoa	6	5	11	19	23	42	160	195	355	262	268	530	165	111	276	612	602	1.214
Lagos	5	2	7	19	15	34	121	143	264	270	263	533	165	129	294	580	552	1.132
Monchique	1	1	2	6	6	12	33	61	94	82	76	158	60	43	103	182	187	369
Portimão	7	13	20	41	42	83	284	439	723	564	717	1.281	351	282	633	1.247	1.493	2.740
Silves	2	6	8	31	24	55	140	210	350	310	348	658	187	165	352	670	753	1.423
Vila do Bispo	1		1	5	5	10	39	40	79	104	85	189	52	34	86	201	164	365
ACES CENTRAL	39	32	71	288	202	490	1.027	1.387	2.414	1.977	2.180	4.157	1.236	968	2.204	4.567	4.769	9.336
Albufeira	10	5	15	53	43	96	174	274	448	246	296	542	116	94	210	599	712	1.311
Faro	6	7	13	97	57	154	308	442	750	576	720	1.296	391	330	721	1.378	1.556	2.934
Loulé	16	11	27	72	58	130	277	365	642	514	581	1.095	344	278	622	1.223	1.293	2.516
Olhão	6	6	12	55	36	91	212	228	440	528	472	1.000	298	190	488	1.099	932	2.031
S Brás de Alportel	1	3	4	11	8	19	56	78	134	113	111	224	87	76	163	268	276	544
ACES SOTAVENTO	2	11	13	50	33	83	292	387	679	720	723	1.443	534	363	897	1.598	1.517	3.115
Alcoutim		2	2	4	2	6	16	27	43	70	51	121	49	33	82	139	115	254
Tavira	6	6	12	25	16	41	139	168	307	304	320	624	229	159	388	697	669	1.366
Castro Marim + VRSA	2	3	5	21	15	36	137	192	329	346	352	698	256	171	427	762	733	1.495
Região de Saúde do Algarve	64	71	135	465	353	818	2.132	2.899	5.031	4.370	4.736	9.106	2.799	2.135	4.934	9.830	10.194	20.024

Fonte: www.arsalgarve.min-saude.pt

Como se verifica na tabela é no grupo etário entre os 60 e os 76 anos ou mais, que se encontrava, em 2009, o maior número de pessoas com diabetes em Vila do Bispo. Face a esta realidade procurámos saber o número de pessoas idosas com diabetes inscritas na UCSP de Vila do Bispo .

Um dos problemas que nos deparamos quando chegamos à unidade de saúde de Vila do Bispo, foi a falta de recursos humanos e com isso a falta de atualização de dados dos diabéticos deste concelho. Deparamo-nos com número bastante significativo de diabéticos, mas número insatisfatório a ser seguido regularmente em consulta, o que nos levou a delinear uma estratégia para que pudéssemos ajudar a organizar os dados existentes e ajudar na organização da intervenção do enfermeiro nesta problemática.

Uma das nossas primeiras tarefas foi, através das listagens de utentes diabéticos a que tivemos acesso, verificar se estes pertenciam efetivamente a esta unidade de saúde, se vinham às consultas médicas de diabetes e qual a data da última consulta. Com estes dados conseguimos saber na realidade quantos utentes diabéticos existem no concelho (visto alguns estarem registados, mas pertencerem a outros concelhos), por sexo e grupo etário. O passo seguinte foi cruzar os dados que tínhamos com a lista de utentes que constavam no sistema informático SINUS, após este cruzamento verificamos que apenas 4 utentes não se encontravam nas duas listas, estes utentes identificados tiveram de ser introduzidos como diabéticos no sistema informático médico, para poderem receber os benefícios a que têm direito. Para esta última situação contámos com a colaboração dos médicos da unidade.

Foi possível assim verificar que a população total diabética com mais de 65 anos inscrita no concelho de Vila do Bispo, em 2017, é de 345 utentes em que 176 são mulheres e 169 são homens, conforme tabela abaixo.

Tabela 2 – Pessoas com diabetes com mais de 65 anos inscritas na UCSP de Vila do Bispo

	Nº Utentes	Percentagem
Mulheres	176	51,1 %
Homens	169	48,9%
Total	345	100%

O número de diabéticos apurado com mais de 65 anos supera largamente os números de 2009, o que nos dá conta de um acréscimo da doença no concelho, que poderemos atribuir a uma maior incidência.

3.6. Identificação dos Problemas e Necessidades de Saúde

3.4.1 Análise dos dados concelhios

A análise dos dados estatísticos permite identificar que o envelhecimento é uma realidade no concelho de Vila do Bispo. Por outro lado, a análise dos dados proporcionados pela ARS do Algarve em relação ao número de casos de pessoas com diabetes inscritas na unidade de saúde de Vila do Bispo, também nos permite verificar que é grande a percentagem de pessoas diabéticas nos grupos etários acima dos 60 anos de idade. Uma análise mais fina, por nós realizada, permitiu identificar um número significativo de pessoas idosas diabéticas inscritas na UCSP. Considerámos assim a diabetes nas pessoas idosas um problema de saúde.

3.4.2 Análise dos dados da entrevista

Além da colheita de dados estatísticos concelhios e na UCSP, foi realizada uma entrevista semiestruturada a profissionais de saúde da UCSP com o propósito de apurar se existia concordância em relação ao problema da diabetes nas pessoas idosas e quais as problemáticas associadas. Foram entrevistadas uma enfermeira e uma médica, ambas a exercer na UCSP:

Segundo Cohen, Manion e Morrison (2007) a entrevista pode ser usada como principal meio de recolha de informação desde que esteja de acordo com os objetivos da investigação.

De acordo com as entrevistas as profissionais consideram que a diabetes é problema pertinente, pois consideram que existem dificuldades na adesão dos diabéticos idosos à terapêutica prescrita seja ela medicamentosa ou de dieta. Foram ainda referidas como causas importantes a falta de apoio familiar e a falta de formação dos profissionais de saúde.

A médica referiu ainda que, a adesão ao autocuidado, nomeadamente o cumprimento do regime terapêutico, está diretamente ligada à participação nas consultas pois é aí que os utentes recebem informação, levando para o domicílio os conhecimentos adquiridos

As entrevistadas concordam em que a adesão terapêutica e a avaliação regular do diabético é fulcral para o controlo desta doença. Consideraram existir desinteresse por parte da população e que esta deveria ser mais participativa. Observaram ainda que uma forma de estimular o autocuidado das pessoas idosas com a diabetes era a vinda, de forma regular, às consultas e assistir a sessões de educação para a saúde. Também consideraram pertinente que os idosos se deslocassem ao Centro de Saúde acompanhados por familiares, pois se a pessoa vem

sozinha e existe alguma dúvida sobre informação fornecida durante a consulta, seja ela de enfermagem ou médica, não existe ninguém para o apoiar, o que pode dar azo a confusão na terapêutica. A formação dos profissionais de saúde também foi considerada relevante.

Para as entrevistadas uma das maiores dificuldades dos diabéticos idosos é a mudança de comportamentos em relação a hábitos alimentares e de exercício físico (pois, quando se fala de exercício físico no idoso, tem que ser exercício adaptado a este, sendo que a caminhada está sempre indicada seja qual for a idade do indivíduo). Abaixo o quadro da análise de conteúdo das entrevistas.

Quadro 1 – Análise de conteúdo das entrevistas aos profissionais de saúde

Categoria	Sub- categoria	Unidades de registo/ Indicadores
A diabetes nos idosos como problema	Problema grave Problema que existe em toda a população	“A diabetes é um problema grave nos utentes idosos desta unidade de saúde” “É um problema que afeta toda a população seja utentes novos ou idosos”
Dificuldades dos diabéticos idosos na adesão ao autocuidado	Dificuldade em cumprir o regime medicamentoso. Dificuldade em cumprir com a dieta Dificuldade em aderir ao exercício físico.	“ A maior dificuldade é cumprir com a terapêutica medicamentosa” “Cumprir com mudança de hábitos de dieta é algo que demora a ser interiorizado” “Costumo dizer vá caminhar 10 minutos para um lado e depois volta para trás, assim já são 20 minutos de caminhada”
Causas para a não adesão	Falta de apoio familiar Iliteracia no idoso Falta de apoio especializado e atempado pelos profissionais de saúde	“Seria bom que o idoso viesse sempre acompanhado às consultas para ter um apoio e tirar algumas dúvidas caso seja necessário” “Falta de informação do idoso faz com que estes não valorizem a doença e com isso não cumprem o regime terapêutico” “Existem muitos colegas que não têm formação suficiente o que pode induzir a pessoa em erro”

Estratégias para aumentar a adesão	Existirem formações para os diabéticos Criação de um gabinete de apoio ao diabético	“ O ideal era que existissem formações regulares onde as pessoas esclarecessem as suas dúvidas” “ Se existisse um gabinete de apoio ao diabético onde este esclarece-se as suas duvidas pessoalmente ou por telefone era o ideal”
---	--	--

Pela análise de conteúdo das entrevistas se verifica que a diabetes nas pessoas idosas é considerada um problema pelos profissionais e que são identificados como áreas problemáticas, dentro do problema maior, a dificuldade de adesão ao autocuidado e como causas para esta não adesão a falta de apoio familiar, a iliteracia, a falta de apoio dos profissionais e a necessidade de estratégias que combatam a não adesão.

4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES, OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

4.1. Determinação de prioridades

Existem inúmeras técnicas utilizadas para tomar decisões, algumas mais lógicas e claras do que outras (Wilson, Rees e Fordham, 2006). Para Imperatori e Giraldes (1992), os critérios e as suas combinações determinam a ordem dos problemas prioritários. Assim sendo, para uma mesma lista de problemas, a sua ordem será diferente segundo os critérios que se apliquem ou, com os mesmos critérios, consoante o modo escolhido de os combinar (Imperatori e Giraldes, 1992).

Um outro componente a ser tido em ponderação para a escolha do método de priorização é a liberdade fornecida, por cada um dos métodos, para a escolha dos critérios (Tavares, 1990; Pineault e Daveluy, 1987).

A fase de priorização foi estruturada mediante a aplicação de critérios clássicos de cariz epidemiológico – magnitude, vulnerabilidade e transcendência (Imperatori e Giraldes, 1992). Foi depois utilizada a grelha de análise de Pineault.

Quadro 2 - Priorização do Problema da não adesão ao Autocuidado no Idoso com Diabetes

Critérios	Definição	Avaliação - Justificação
Magnitude	Dimensão do problema	Tem magnitude visto apresentar número elevados de utentes idosos com diabetes e que não aderem ao autocuidado.
Transcendência	Valorização do problema	Causa impacto na população no índice de morbilidade/mortalidade (pé diabético, amputações, retinopatia diabética)
Vulnerabilidade	Prevenção do Problema	Recetividade. Neste caso os utentes têm uma baixa aderência às consultas da diabetes, ou seja, pouca recetividade.

No concelho da Vila do Bispo deparamo-nos com um elevado número de idosos diabéticos e com uma escassa adesão ao autocuidado, sendo que esta problemática é de intervenção prioritária.

Podemos afirmar que a DM é uma patologia que afeta bastante a qualidade de vida da população, nesse sentido o nosso projeto direcciona-se para capacitar os idosos para o autocuidado, aumentando os conhecimentos destes sobre os cuidados a ter na diabetes. Desse modo a nossa população alvo para executar o projeto são os idosos de Vila do Bispo. No entanto muitos idosos que se encontram inscritos nas unidades de cuidados de saúde personalizadas residem ou encontram-se em centro de dia nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) da Santa Casa de Misericórdia neste caso do Concelho de Vila do Bispo, por esta razão considerou-se importante desenvolver o nosso projeto de intervenção nessa instituição. Considerando os aspectos anteriores foi seleccionada uma amostra por conveniência constituída pelos idosos da ERPI da Vila do Bispo residentes ou em centro de dia. Como critérios de inclusão foram seleccionados indivíduos com mais de 65 anos, a residir ou em centro de dia nas ERPI do Concelho de Vila do Bispo, que não apresentem défices cognitivos, audição ou de expressão oral e que se disponibilizem de forma voluntária para participar no estudo.

O contato seguinte foi feito através de marcação de reunião com o provedor e directora da instituição, com o objectivo de obter autorização para desenvolver as actividades do projeto (APÊNDICE V).

A Santa Casa da Misericórdia da Vila do Bispo tem várias valências, esta instituição tem como missão promover a saúde e o bem estar dos mais carenciados, fisicamente está sediada na Vila de Sagres e na Vila de Budens, sendo que na instituição da Vila de Sagres fornece alimentação aos residentes e idosos em centro de dia que também se encontram na instituição na Vila de Budens, assim como a creche que também se encontra em Budens, apoio domiciliário a cerca de 30 idosos e ainda fornece alimentação aos Bombeiros Voluntários de Vila do Bispo.

Durante a realização do nosso projeto residiam na ERPI de Sagres 61 idosos, sendo que 27 do sexo masculino e 34 do sexo feminino, existindo ainda idosos em Centro de Dia em número variável, cerca de 20. Ainda na ERPI de Budens residem 32 idosos, sendo 20 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com cerca de 10 idosos em Centro de Dia.

Após a nossa avaliação confirmamos que o problema tem relevância e se torna prioritário, mas dada a pouca recetividade aplicámos a grelha de análise, como se pode verificar abaixo.

Quadro 3 - Aplicação da grelha de análise ao problema identificado

CRITÉRIOS	Não adesão ao autocuidado na diabetes
Importância do problema	+
Relação entre o problema e o(os) fator(es) de risco	+
Capacidade técnica de resolver o problema	+
Exequibilidade do projeto ou intervenção	+
POSIÇÃO NA GRELHA	1ª

Assim considerámos prioritário construir o nosso projeto de intervenção com vista a responder a esta problemática.

4.2. Objetivos e Estratégias

Definimos como objetivo geral:

Promover a adesão ao autocuidado das pessoas idosas diabéticas e suas famílias.

Como objetivos específicos:

- Avaliar as atividades de autocuidado com a diabetes das pessoas idosas diabéticas;
- Melhorar o conhecimento das pessoas idosas diabéticas sobre o autocuidado;

Para alcançar os objetivos a que nos propusemos definimos, como estratégias:

- Realizar reuniões com representantes institucionais
- Aplicar um questionário para avaliação do autocuidado na diabetes,
- Realizar sessões de educação para a saúde para que possa perceber qual o autocuidado que levanta mais dúvidas e/ou dificuldades esclarecer dúvidas que possam existir, alertar para a prevenção de problemas associados à falta de cuidados.
- Elaborar folhetos de divulgação e informação

5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Tendo em atenção a priorização dos problemas e os objetivos a que nos propusemos o nosso projeto tem como **população alvo** indivíduos com mais de 65 anos, com diagnóstico de diabetes, residentes nas ERPI da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo e que não apresentem qualquer défice cognitivo. Esta população alvo resultou de termos decidido intervir numa amostra por conveniência da população idosa diabética do concelho, dada a escassez de tempo e de recursos.

Consideramos também que os idosos institucionalizados devem estar capacitados para conhecer os sinais e sintomas da diabetes, e os problemas que podem resultar da doença, alertando para que estes sejam o mais independentes possível no autocuidado na diabetes

5.1 Seleção de Atividades

A preparação operacional passou por reuniões com o provedor e a diretora da instituição com a apresentação do problema diagnosticado, esclarecendo pontos de interesse em comum, pedidos de colaboração por parte da enfermeira da instituição, fisioterapeuta, nutricionista.

Foi-nos dado parecer positivo para o desenvolvimento do nosso projeto, visto este tipo de instituições não apresentar estudos sobre as problemáticas dos seus utentes.

Tendo presentes as condições da instituição e a abertura que existiu por parte dos seus dirigentes para a execução do nosso projeto delineamos as atividades:

- Aplicação, tratamento e análise dos dados do questionário sobre a adesão ao autocuidado
- Sessões de educação para a saúde
- Elaboração e distribuição de folhetos sobre a diabetes
- Elaboração e distribuição de convites para a participação nas atividades
- Reuniões de preparação das atividades com outros profissionais e/ou dirigentes

5.2 Cronograma e indicadores para avaliação

Foi realizado um cronograma de atividades que nos acompanhou desde o início do trabalho agora apresentado e que contribuiu para melhor gerirmos todo o trabalho relacionado com o seu desenvolvimento (Apêndice IV).

Em relação à avaliação os indicadores de avaliação selecionados para a avaliação da intervenção foram:

- Percentagem de respostas ao questionário:
- N^o de respostas obtidas /n^o de pessoas idosas diabéticas inquiridas *100
- Percentagem das pessoas idosas que participaram nas sessões de educação para a saúde e que consideram ter adquirido mais conhecimento para se autocuidarem:
- N^o de pessoas idosas que participaram nas sessões de educação para a saúde/n^o de pessoas idosas que consideram ter adquirido mais conhecimentos *100
- Ter elaborado folheto
- Ter elaborado convite

6. EXECUÇÃO – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

6.1. A Avaliação da Adesão ao Autocuidado dos Idosos Diabéticos

Medir a adesão na DM é difícil devido à complexidade do regime terapêutico, que envolve as diferentes atividades de autocuidado. Além disso, para avaliar a adesão ao tratamento é necessário ter instrumentos confiáveis e válidos. Diversas medidas têm sido utilizadas sendo que entrevistas ou questionários são das abordagens que se têm mostrado mais práticas e efetivas para avaliar a adesão aos cuidados com o diabetes (Michels, 2010).

O regime terapêutico na diabetes corresponde a um conjunto de atividades de autocuidado com a diabetes que envolve diversas dimensões como estilos de vida e estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Os comportamentos de autocuidado pedidos ao diabético ocorrem num contexto que está sempre em mudança, sujeitando-o a diferentes exigências baseadas na evidência científica. Estas mudanças obrigam a ajustes contínuos no seu comportamento. (WHO, 2003). É muitas vezes exigido que o diabético dê prioridade aos cuidados com a diabetes em detrimento de outros aspetos da sua vida diária, o que pode dificultar o processo de adesão. Em relação à diabetes, vários autores referem que a adesão deve ser medida separadamente para cada componente do regime terapêutico, uma vez que, parece haver uma fraca correlação entre os vários componentes, levando a crer que a adesão não é um construto unidimensional, (WHO, 2003). Assim, e considerando o autocuidado multidimensional, é necessário avaliar cada componente de forma separada (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000).

O questionário por nós utilizado para avaliar a adesão ao autocuidado, foi traduzido para a língua portuguesa, por dois profissionais de saúde, conhecedores da área, sendo efetuada uma retroversão para a língua original, por um tradutor independente. Para adaptar culturalmente o questionário os autores acrescentaram e subdividiram alguns itens (Bastos, 2007).

A Escala de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a Diabetes, traduzida e adaptada por Fernanda Bastos e Carlos Lopes (2004), é formada por 21 itens, demarcados em seis dimensões: alimentação geral (3 itens), alimentação específica (7 itens), atividade física (2 itens), monitorização da glicémia (2 itens), cuidados com os pés (3 itens), administração da

terapêutica (1 item ou a média de 2 itens, em alternativa) e hábitos tabágicos (3 itens), A escala está parametrizada em dias por semana, numa escala do tipo Likert de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero (0) a situação menos desejável e sete (7) a mais favorável, exceto na dimensão alimentação específica, em que os valores são invertidos. O score por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que constituem a dimensão, ou seja, quanto maior o score, melhor a adesão ao regime terapêutico, (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

A amostra do nosso estudo é constituída por 32 indivíduos, sendo que 11 são mulheres e 21 são homens. É uma amostra de conveniência com os seguintes critérios de inclusão: participantes com mais de 65 anos de idade, que apresentem diagnóstico de diabetes, residentes nas ERPI do concelho de Vila do Bispo (Budens e Sagres) e por último não apresentarem défices cognitivos.

A análise estatística dos dados envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. Utilizou-se o teste t de Student para comparar as diferenças entre dois grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Shapiro-Wilk e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows.

6.1.1. Apresentação e discussão dos resultados

Caracterização da amostra

A amostra refere-se a um total de 32 doentes com diagnóstico de Diabetes. A média de idades era de 81 anos, variando entre um mínimo de 65 e um máximo de 98 anos. A maioria

era do género masculino 21 indivíduos (65.6%) e do género feminino 11 participantes, visto que são todos residentes da ERPI a grande maioria são indivíduos em idade não ativa (96.9%).

Verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%). Verifica-se também a existência de um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade, mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos têm Diabetes (Observatório da Diabetes em Portugal, 2015).

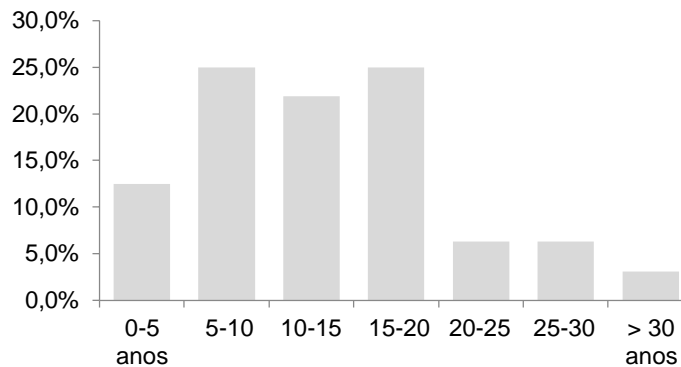
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica (N = 32)

	N	%
<i>Género</i>		
Feminino	11	34,4
Masculino	21	65,6
<i>Idade (M; DP)</i>		
	81.0	(9.4)
<i>Situação profissional</i>		
Activo	1	3,1
Não activo	31	96,9
<i>Residência</i>		
Acompanhado	32	100,0

Resultados

A maioria dos doentes com Diabetes foi diagnosticada dos 5-10 anos e dos 15-20 anos (25%), os indivíduos diagnosticados há menos de 5 anos (12,5%), os com mais de 30 anos representam somente cerca de (3,1%).

Gráfico 3 - Tempo de Diagnóstico de Diabetes



Os tratamentos farmacológicos mais utilizados para a Diabetes são os antidiabéticos orais (75%) seguidos de terapêuticas mistas (21,9%). No total 24 indivíduos cumprem com antidiabéticos orais, 7 cumprem terapêutica mista (21,9%) e somente 1 indivíduo cumpre toma de insulina diária (3,1%).

Segundo Borba (2013), o aumento destas doenças na idade avançada situa os idosos como o grupo etário mais medicado da sociedade, chegando a constituir mais de 50% dos usuários de numerosos fármacos. A dificuldade do regime terapêutico, a durabilidade do tratamento e as frequentes mudanças levam a erros no seguimento da terapia, a deficiência cognitiva e visual, comuns nos idosos, pode dificultar o reconhecimento do medicamento e o cumprimento das prescrições. Além disso, existe o esquecimento decorrente do próprio processo de envelhecimento.

Tabela 4 - Tratamento Farmacológico diabetes

		Frequência	Percentage m
Anti	Diabético	24	75,0
Orais			
	Insulina	1	3,1
	Terapêutica Mista	7	21,9
Total		32	100,0

Cerca de um terço dos doentes indica já ter tido complicações na Diabetes, sendo as mais referidas a Retinopatia Diabética (15,6%), Pé Diabético (6,3%) e Nefropatia (6,3%). A maioria dos inquiridos (22) refere não ter nenhuma complicação associada à diabetes (68,8%) e somente 10 assume ter algum tipo de complicação.

Tabela 5 - Complicações na Diabetes

	Frequência	Percentage m
Sim	10	31,3
Não	22	68,8
Total	32	100,0

Quanto aos hábitos tabágicos, mais de metade nunca fumaram (59.4%) e (28%) indicam que fumaram o seu último cigarro há 1 ou 2 anos atrás. De salientar o número elevado de não fumadores possivelmente pela constituição da amostra, média de idades bastante avançada 81 anos de média.

Tabela 6 – Hábitos tabágicos

	Frequência	Percentage m
Nunca fumou	19	59,4
Há mais de 2 anos atrás	4	12,5
1 a 2 anos atrás	9	28,1
Total	32	100,0

Apenas 12.5% da amostra indica ter tido formação específica sobre a Diabetes. Grande maioria da amostra, 28 indivíduos nunca receberam formação específica (87,5%), mostrando a necessidade marcada de formação sobre a patologia.

Tabela 7 – Formação específica

	Frequência	Percentage m
Sim	4	12,5
Não	28	87,5
Total	32	100,0

A consistência interna foi analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. Os valores variaram entre um mínimo de .152 (inaceitável) na dimensão *Actividade física* a um máximo de .983 (excelente) na dimensão *Monitorização da glicémia*. A

categorização dos valores de Alfa segue o indicado em Hill (2005). Estes valores embora baixos são semelhantes aos encontrados por Bastos (2007). Os valores inaceitáveis em algumas dimensões estão provavelmente associados com um número reduzido de itens nessas dimensões.

O autocuidado parte da perspetiva que a pessoa deixe de ser passiva nos cuidados com a diabetes e relaciona-o diretamente com o comportamento pessoal que pode influenciar a saúde, pois o mesmo não ocorre de forma isolada, mas sim em conjunto com fatores ambientais, sociais, económicos e genéticos todos estes relacionados com os serviços de saúde (Oliveira, 2016).

O inadequado controlo da glicémia não está relacionado com a falta de conhecimento, mas sim com a forma como a diabetes é priorizada na vida das pessoas com diabetes, a maneira como as pessoas apreendem a doença e a integram no seu sistema de significados é primordial para a definição de intervenções e obtenção de resultados no autocuidado (Cardoso, 2015).

Tabela 8 – Consistência interna

	Cronbach's Alpha	Bastos (2007)	N of Items
Alimentação geral	.421	.81	2
Alimentação específica	.671	.45	8
Actividade física	.152	.63	2
Cuidados com os pés	.611	.48	4
Medicamentos	.404	--	3
Monitorização da glicémia	.983	--	2

Na tabela 9 podemos apreciar os valores das estatísticas descritivas dos itens do Questionário dos Autocuidados com a Diabetes. Nela indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respectivos desvios padrão agrupados pelas dimensões dos cuidados. A escala varia entre 0 e 7 pontos, que corresponde normalmente a uma questão iniciada por “*Em quantos dos últimos sete dias...*”. Assim, por exemplo o item mais valorizado pelos doentes foi “*Em quantos dos últimos sete dias tomou medicamentos como indicado*” que obteve uma média de 6.97 dias. Já o item menos pontuado foi “*Em quantos dos últimos sete dias consumiu bebida alcoólica à refeição*” que obteve uma média de 0.16 dias.

Tabela 9 – Estatísticas descritivas

	Mín imo	Máx imo	M édia	Des vio padrão
Alimentação Geral				
Alimentação saudável	1	7	6,	1,45
	2		25	
Plano alimentar recomendado	0	7	3,	3,45
	2		19	
Alimentação específica				
peças fruta ou vegetais	2	7	6,	1,16
	2		56	
comeu carnes vermelhas	0	7	2,	1,37
	2		31	
pão acompanhando refeição	0	7	4,	2,38
	2		91	
misturou arroz batata feijão	0	7	2,	2,31
	2		56	
consumiu bebida alcoólica refeição	0	3	0,	0,62
	2		16	
bebida alcoólica fora refeição	0	3	0,	0,80
	2		25	
omeu doces	0	7	2,	2,69
	2		91	
bebidas com açúcar	0	7	4,	2,95
	2		16	
Atividade física				
atividade física 30 minutos	0	7	3,	2,75
	2		25	
participou sessão exercício físico	0	7	0,	1,48
	2		44	
Cuidado com os pés				
examinou os pés	0	7	5,	2,32
	2		34	
inspeccionou os sapatos	0	7	4,	3,13
	2		22	
lavou os pés	3	7	6,	1,13
	2		53	
secou o espaço entre os dedos	0	7	5,	2,19
	2		66	

Medicamentos

tomou medicamentos como indicado	6	7	6,	0,17
	2		97	
tomou injeções de insulina	0	7	1,	3,02
	2		72	
tomou comprimidos da diabetes	7	7	7,	0,00
	2		00	

Monitorização da glicémia

	,00	7,00	5,	2,39
	2		17	

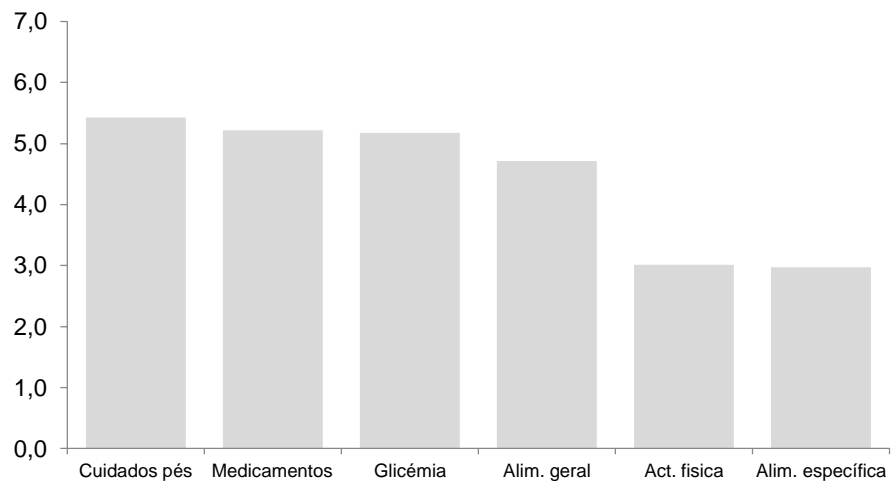
Escala: de zero dias a 7 dias

Na tabela 10 podemos apreciar os valores das estatísticas descritivas das dimensões do Questionário dos Autocuidados com a Diabetes. A dimensão mais valorizada foi a Cuidados com os pés (média = 5.43) enquanto a menos valorizada foi a Alimentação específica (M = 2.97), a dimensão alimentação geral, medicamentos e monitorização da glicémia apresentam médias altas entre (4,71 – 5,22), ou seja, também das dimensões mais valorizadas, ao contrário da actividade física (3,01) encontra-se como uma das dimensões menos valorizada.

Tabela 10 – Estatísticas descritivas (dimensões)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Alimentação geral	32	,50	7,00	4,71	2,15
Alimentação específica	32	,38	5,25	2,97	1,08
Actividade física	32	0,0	7,00	3,01	1,52
Cuidados com os pés	32	1,2	7,00	5,43	1,56
Medicamentos	32	4,6	7,00	5,22	,99
Monitorização da glicémia	32	0,0	7,00	5,17	2,39

Gráfico 4 – Dimensões dos autocuidados



Autocuidados com a Diabetes e género

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 11 – Comparação: género

	Mulher		Homem		Sig.
	N	p	N	P	
Alimentação geral	6	1	3	1	.002**
	,36	,42	,86	,98	
Alimentação específica	2	,	3	1	.059
	,48	99	,24	,07	
Actividade física	2	1	3	1	.751
	,91	,15	,06	,72	
Cuidados com os pés	6	1	5	1	.118
	,05	,25	,12	,65	
Medicamentos	5	1	5	,	.247
	,52	,18	,08	88	
Monitorização da glicémia	5	2	4	2	.273
	,82	,09	,83	,53	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Alimentação geral, $MU = -3.077$, $p = .002$, as mulheres obtêm valores significativamente mais elevados nesta dimensão do que os homens (6.36 vs 3.86).

Alimentação específica, $t(30) = -1.963$, $p = .059$, os homens obtêm valores mais elevados nesta dimensão do que as mulheres (6.36 vs 3.86), sendo a diferença marginalmente significativa.

Autocuidados com a Diabetes e idade

Os doentes mais idosos têm mais preocupações com a alimentação geral, cuidados com os pés e monitorização da glicémia e os mais novos com a alimentação específica, actividade física e com os medicamentos, embora as diferenças não seja estatisticamente significativas ($p > .05$).

Tabela 12 – Comparação: idade

	Até 80				Sig.
	anos		> 80 anos		
	N	D	M	P	
Alimentação geral	4	2,	5,	1	.245
	,30	43	09	,88	
Alimentação específica	3	1,	2,	,	.362
	,17	23	81	95	
Actividade física	3	1,	2,	1	.569
	,18	75	86	,34	
Cuidados com os pés	5	1,	5,	1	.524
	,18	75	66	,41	
Medicamentos	5	1,	5,	,	.764
	,29	07	18	96	
Monitorização da glicémia	4	2,	5,	2	.580
	,87	77	44	,06	

Autocuidado com a Diabetes e complicações com a Diabetes

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 13 – Comparação: Complicações

	Sim		Não		Sig.
	N	p	M	P	
Alimentação geral	3,70	1,90	5,18	2,14	.066
Alimentação específica	3,06	1,14	2,94	1,09	.769
Actividade física	2,30	1,69	3,33	1,37	.076
Cuidados com os pés	4,53	1,85	5,85	1,26	.046*
Medicamentos	5,60	1,20	5,06	,86	.161
Monitorização da glicémia	4,90	2,73	5,30	2,29	.646

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Cuidados com os pés, $MU = -1.995$, $p = .046$, os doentes que nunca tiveram complicações com a Diabetes obtêm valores significativamente mais elevados nesta dimensão (5.85 vs 4.53).

Alimentação geral, $MU = -1.836$, $p = .059$, os doentes que nunca tiveram complicações com a Diabetes obtêm valores mais elevados nesta dimensão (5.18 vs 3.70), sendo a diferença marginalmente significativa.

Actividade física ($MU = -1.841$), $p = .059$, os doentes que nunca tiveram complicações com a Diabetes obtêm valores mais elevados nesta dimensão (3.33 vs 2.30), sendo a diferença marginalmente significativa.

Autocuidados com a Diabetes e Hábitos tabágicos

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 14 – Comparação: Complicações

	Nunca		Ex-fumador		Sig.
	D		D		
	N	p	M	P	
Alimentação geral	4	2,	5,	2	
	,42	12	15	,22	.262
Alimentação específica	3	1,	2,	,	
	,09	28	81	74	.477
Actividade física	2	1,	3,	1	
	,77	56	36	,46	.449
Cuidados com os pés	5	1,	5,	,	
	,33	89	60	98	.891
Medicamentos	5	1,	4,	,	
	,49	12	85	65	.071
Monitorização da glicémia	5	2,	4,	2	
	,39	31	85	,58	.619

Medicamentos, $MU = -1.807$, $p = .071$, os doentes que nunca fumaram obtêm valores mais elevados nesta dimensão (5.49 vs 4.85), sendo a diferença marginalmente significativa.

As dimensões que apresentam maior adesão são os cuidados com os pés, a toma da medicação e a avaliação da glicémia, seguido pela dimensão da alimentação geral e com algum distanciamento a dimensão actividade física e alimentação específica.

De acordo com as variáveis género e alimentação as mulheres aderem mais com a alimentação geral que os homens, enquanto que estes cumprem melhor com a alimentação específica, apresentando média de 3,24.

Na dimensão actividade física os homens participam mais (M 3,06), seguidos de perto das mulheres (M 2,91).

Nos cuidados a ter com os pés as mulheres dizem-se mais cuidadosas (M 6,05), mantendo o mesmo padrão na toma da medicação.

No autocuidado monitorização da glicémia as mulheres são mais participativas.

De acordo com a idade os indivíduos com mais de 80 anos referem ser mais cumpridores de uma alimentação geral, enquanto que na alimentação específica os mais novos com menos de 80 anos demonstram mais preocupação.

Na dimensão atividade física os participantes com idades inferiores a 80 anos demonstram uma média de 3,18.

Na dimensão cuidado com os pés as diferenças são insignificantes, ligeiramente maior para os participantes com mais de 80 anos.

A toma da medicação não apresenta valores de discrepância significativa de acordo com a idade, enquanto que na dimensão monitorização da glicémia os indivíduos com mais de 80 anos são mais cumpridores do que os indivíduos com menos de 80 anos.

Conclusões do estudo

A amostra do presente estudo foi constituída por 32 participantes, maioritariamente do sexo masculino, com idade média de 81 anos. A maioria do grupo foi diagnosticado com diabetes há cerca de 5-10 anos e 15 - 20 anos. A maioria dos participantes tem como terapêutica farmacológica antidiabéticos orais, ou seja, a insulina continua a ser a opção farmacológica menos utilizada, o que pode estar associada a que a insulina só é administrada em situações de limite, torna-se então peremptório que os profissionais de saúde invistam na desmistificação deste dogma da diabetes.

A complicação da diabetes mais frequente é a retinopatia diabética. As actividades que apresentaram menos adesão foram o exercício físico e a alimentação específica, o exercício físico poderá ser descurado por a média de idades dos participantes ser elevada e a maioria não apresentar capacidade física para exercício contínuo diário, muitas vezes descurado por dores músculo-esqueléticas. Se for esse o impedimento da pouca adesão à actividade física é importante orientar a pessoa para o médico com o intuito de prescrever algum tipo de analgesia para que as dores não sejam impedimento para a prática de exercício físico. Uma das razões porque a alimentação específica se apresenta com mais baixa adesão poderá ser que como se encontram na instituição, têm que ingerir a dieta que lhes é oferecida, nesta instituição a alimentação é igual para todos os residentes, só existe outra dieta quando alguém é intolerante ou alérgico.

Os indivíduos que apresentam maior adesão na dimensão cuidados com os pés, na alimentação geral e na actividade física são os indivíduos que nunca tiveram complicações associadas à diabetes.

Quando questionados sobre a ingestão de doces e bolos negam na sua maioria, porém na questão sobre colocar açúcar no café ou chá a resposta é bastante diferente afirmando que colocam sempre que podem, ou seja, as pessoas não têm noção que o açúcar que colocam na bebida é tão ou mais prejudicial como comer bolos ou qualquer tipo de doce.

6.2.As Sessões de Educação em Saúde

As metodologias de educação em grupo na problemática da diabetes têm-se apresentado como uma forma eficaz para a adesão de pessoas ao autocuidado, porque proporcionam a troca de experiências entre os participantes, assim como o apoio emocional, ideias e sugestões para a alteração de hábitos nas suas vidas (Tores; Hortale; Schall, 2007).

As sessões de educação para a saúde foram planeadas e foram executadas nas ERPI da Vila de Sagres e Vila de Budens, com o objetivo de sensibilizar os idosos e alertá-los para as complicações que podem advir associadas à diabetes, alertando para a necessidade de avaliação da glicémia capilar, para a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, para a execução de exercício de forma regular e também para os cuidados a ter com os pés.

As sessões de educação para a saúde foram realizadas na sala de reuniões das ERPI no dia 8 e 15 de Dezembro de 2017. No final foram esclarecidas dúvidas dos indivíduos que assistiram às sessões, o público alvo foram os idosos diabéticos, porém também foram convidados todos os residentes com vista a alertar e a fornecer informação importante. No final da sessão foi distribuído um folheto (Apêndice III) cuidados a ter com os pés e algumas equivalências dos alimentos.

Durante as sessões contamos com a colaboração da fisioterapeuta da instituição que esclareceu dúvidas e demonstrou alguns exercícios físicos que poderiam ser feitos para além de caminhar 30 minutos diariamente.

7.AVALIAÇÃO DO PROJETO

Ao avaliarmos o projeto consideramos que conseguimos responder ao que nos tínhamos proposto.

Assim no estudo realizado para avaliarmos a adesão ao autocuidado com a diabetes podemos dizer que na ERPI da Vila de Sagres residem 64 pessoas das quais 36 são diabéticos e na ERPI da Vila de Budens 35 residentes dos quais 12 são diabéticos, dentro dos critérios de inclusão estão indivíduos mais 65 anos ou mais, residentes nas ERPI (Budens e Sagres), que tenham sido diagnosticados com diabetes tipo I ou II, que não apresentem nenhum défice cognitivo ou demência associada. De acordo com as condições propostas obtivemos 32 inquiridos que participaram no estudo e colaboraram sempre que necessário. Atendendo ao tipo de estudo e às variáveis envolvidas, utilizamos uma metodologia quantitativa, que nos permitiu atingir os objetivos traçados. Para tal, definimos uma amostra clínica que nos permitiu obter resultados credíveis e utilizamos como instrumento de colheita de dados um questionário.

Todos os inquiridos participaram de forma responsável e consciente, todos assinaram o consentimento informado e o tratamento de dados foi feito de forma totalmente anónima.

Os indicadores de avaliação seleccionados para a avaliação da intervenção foram:

Percentagem de pessoas idosas diabéticas que responderam ao questionário:

Nº de respostas obtidas /nº de pessoas idosas diabéticas inquiridas *100

$$\frac{32}{52} * 100 = 61,5\%$$

Das 52 pessoas que participaram no preenchimento dos questionários somente 32 respondeu de forma completa, o que reflete 61,5% dos idosos diabéticos que responderam ao questionário.

Percentagem das pessoas idosas que participaram nas sessões de educação para a saúde e que consideram ter adquirido mais conhecimento para se autocuidarem:

Nº de pessoas idosas que participaram nas sessões de educação para a saúde/nº de

pessoas idosas que consideram ter adquirido mais conhecimentos *100

$$\frac{66}{66} * 100 = 100\%$$

Todos os participantes das sessões de educação para a saúde referiram estar satisfeitos e mais esclarecidos sobre a temática, tanto indivíduos diabéticos como não diabéticos, visto as sessões terem sido abertas ao público, podendo nesta situação enriquecer os conhecimentos de todos sobre a patologia.

O indicador sobre o nº de familiares não foi possível avaliar pois não existiu disponibilidade de nenhum familiar para estar presente nas sessões de educação para a saúde. Este foi um insucesso do nosso projeto e que nos levou a pensar na necessidade de em atividades futuras termos mais conscientes e agilizadas estratégias para conseguir o envolvimento das famílias.

Em relação aos folhetos e convites previstos foram realizados.

Ao longo do desenvolvimento de todo o projeto pretendemos cumprir com o rigor exigido e com o que era esperado de uma enfermeira a realizar o seu Estágio para aquisição da sua especialidade e mestrado. Pensamos que o nosso estudo sobre a adesão ao autocuidado foi importante para os profissionais da instituição, pois estão clarificadas as áreas que requerem mais investimento por parte dos profissionais em termos de educação para o autocuidado na diabetes. A divulgação formal dos resultados na instituição e na UCSP de Vila do Bispo é o passo seguinte.

8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante os períodos de Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foram desenvolvidas outras atividades no sentido de dar resposta às necessidades da comunidade onde se desenvolveu o Estágio. Foi-nos dada a oportunidade de participar em formações direcionadas para indivíduos que se encontravam a frequentar o Pólo de Formação Profissional, que incluíram sessões de educação sobre a qualidade de vida e o que se pode fazer para melhorá-la. Estas sessões foram associadas às formações obrigatórias dadas pela assistente social da Unidade de Cuidados de Saúde de Vila do Bispo e foram realizadas na Vila de Sagres e na Vila de Barão de São João.

Estando inseridas na UCSP da Vila do Bispo tivemos oportunidade de participar na vacinação de crianças e adultos e relembrar alguns conceitos, interiorizando melhor as rotinas da Unidade. Esta foi uma oportunidade para aprofundarmos conhecimentos e prática sobre o Plano Nacional de Vacinação, nomeadamente sobre o esquema vacinal, cuidados específicos, ensino à pessoa e família sobre possíveis efeitos secundários e sobre a importância da vacinação.

Perante o ressurgimento de doenças contagiosas é imperativo relembrar a importância da vacinação, pois é de todas as medidas de saúde pública a que melhor relação apresenta entre custo-benefício, podendo diminuir assim as taxas de morbilidade e mortalidade que lhes estão associadas. Os ganhos em saúde são notáveis quando o indivíduo ao se vacinar está a contribuir para a sua proteção assim como a sua qualidade de vida (DGS, 2011).

Participarmos na consulta do adulto, em específico no adulto diabético foi uma experiência relevante, pois tivemos a perceção da importância da enfermagem nos cuidados de saúde primários e do seu nível de independência. De facto o enfermeiro agenda as suas consultas, faz perguntas ao cidadão relacionadas com a diabetes e executa os repetidos ensinamentos, fazendo a avaliação da glicémia, avaliação da hemoglobina glicada, medindo a tensão arterial, fazendo a observação dos pés e alertando as pessoas para as complicações que podem advir do calçado errado, prevenindo as pessoas sobre a adequada vigilância da doença, importante também a forma como é realizada a execução dos registos de enfermagem associados a cada indivíduo para que possa existir uma avaliação continuada e individualizada.

Não existe um número significativo de trabalhos abordando a consulta de enfermagem, mas aqueles que utilizam esta temática foram enfáticos em relatar a importância da mesma. A consulta de enfermagem centra-se no desenvolvimento do cuidado em saúde, nas doenças e acompanhamento do estado da saúde da população. É necessária uma maior valorização da consulta de enfermagem, afastando-se do sistema medicocêntrico e hospitalocêntrico atuais, os quais causam inevitavelmente a superlotação dos serviços de urgência. Acreditamos então que uma das formas principais de trazer maior confiança das pessoas na consulta de enfermagem é utilizá-la cada vez mais como estratégia de trabalho, prevendo-a nos programas de saúde e valorizando-a como um instrumento capaz de realizar um atendimento cada vez mais útil, merecedor e humanizado à população (Pereira & Ferreira, 2014).

Em muitos casos a consulta de enfermagem é o primeiro contato com a pessoa e permite que sejam identificados os seus problemas de saúde.

O objetivo da consulta de enfermagem é prestar cuidados de enfermagem, identificar os problemas de saúde-doença, executar e avaliar os cuidados que possam contribuir para a promoção, proteção e reabilitação da saúde, esta avaliação deverá ser feita o mais breve possível, procedendo-se ao exame físico do utente, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem e a avaliação da consulta (Campos et al., 2007)

Outra atividade desenvolvida durante o Estágio foi um artigo de revisão sistemática sobre o tema autocuidado na diabetes, (Apêndice VIII), tendo sido feita pesquisa nas bases de dados, percebemos que existem variados estudos sobre o autocuidado, não só na diabetes como noutras patologias, porém a que se destaca é a diabetes.

9. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do estágio vamos adquirindo, compreendendo e desenvolvendo as competências principais, experiências que enriquecem o crescimento pessoal e profissional e que nos fazem refletir sobre os diferentes papéis e intervenções do enfermeiro. Pode-se definir competência como “ *o conjunto de qualidades e comportamentos profissionais que mobilizam os conhecimentos técnicos e permitem agir na solução de problemas, estimulando desempenhos profissionais superiores, alinhados com a orientação estratégica*” (Camara; Guerra; Rodrigues, 2007).

Tendo presente que é esperado o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, consideramos ter atingido as competências previstas, **estabelecendo com base na metodologia de planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade** (definido no artigo 4º do Diário da Republica, 2ª série nº35 – 18 de Fevereiro de 2011), pois para isso desenvolvemos um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia do planeamento em saúde, tendo sido realizado o diagnóstico de saúde da população onde estávamos inseridas, estabelecendo prioridades, os objetivos foram traçados e atingidos, podendo existir algumas alterações no decorrer do projeto, as estratégias utilizadas foram as que nos pareceram mais corretas perante a situação, tentando motivar os utentes a serem mais participativos na prevenção da doença e adesão ao autocuidado na doença.

Em relação à competência “**contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**”, (Segundo o regulamento nº128/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros) as atividades por nós planeadas e desenvolvidas na área da educação para a saúde com vista a aumentar a qualidade de vida dos indivíduos são demonstrativas da aquisição desta competência. De salientar que não nos restringimos nas sessões de educação para a saúde aos indivíduos diabéticos, mas a todos os indivíduos que se mostravam interessados em participar nas sessões, independentemente da idade, sendo diabético ou não, pois a educação para a saúde não se direcciona somente para os doentes mas também, e muito importante, para os que pretendem prevenir a doença.

Perante a competência “**integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde**”, de facto

empenhamo-nos em participar de forma ativa não só nas atividades de Programa Nacional da Diabetes, como nas várias atividades da Unidade de Saúde desenvolvidas nos vários programas de saúde existentes, participando na vacinação, nas consultas de Saúde Infantil e em atividades de âmbito comunitário de parceria com outras instituições, caso do Pólo de Formação Profissional

Quanto à competência **“realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico”**, colaboramos na vigilância epidemiológica dos grupos que estão abrangidos pelas nossas intervenções ao reconhecermos os fatores de risco, e neste caso concreto tendo pesquisado o número de diabéticos idosos inscritos na UCSP, pois permitiu ter um melhor conhecimento da epidemiologia da diabetes na população inscrita.

Nas intervenções desenvolvidas nomeadamente na realização das sessões de educação para a saúde e nas consultas da diabetes, podemos afirmar que a competência **promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**, foi adquirida pois durante as intervenções desenvolvidas foram sempre respeitados os valores, os direitos humanos, as opiniões dos indivíduos.

Durante as intervenções tentamos sempre manter um ambiente terapêutico e seguro, **proporcionando um ambiente físico, psicossocial e cultural de confiança**, atingimos assim a esta competência.

A competência C1 (Ordem dos enfermeiros, 2011, regulamento nº128/2011 – regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Diário da República, 2ª série nº35, de 18 de Fevereiro, 86678669), refere que o enfermeiro **gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores com a articulação na equipa multidisciplinar**, pensamos que foi por nós atingida visto que ao nível da tomada de decisão assumimos a liderança do nosso projeto e atividades, colaboramos com as decisões da equipa multiprofissional, tais como colegas de mestrado, professora orientadora, enfermeira orientadora do estágio e outros profissionais da instituição onde realizámos o nosso projeto.

No decorrer do estágio foram desenvolvidas actividades em conjunto com membros da equipa multidisciplinar, como por exemplo participação em sessões de educação em conjunto com a assistente social do ACES do Barlavento Algarvio, sessões estas realizadas na vila de



Viver melhor com diabetes: *Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes*

Sagres, Barão de São Miguel e Vila do Bispo com o tema Estilos de vida saudável, sessões abertas à comunidade.

Consideramos assim ter desenvolvido as competências esperadas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

CONCLUSÃO

O número de pessoas com doenças crónicas são um desafio para os profissionais de saúde e para toda a sociedade. A diabetes mellitus é uma doença que exige das pessoas, família e profissionais de saúde um investimento contínuo no autocuidado, com o objetivo de controlar a patologia para minimizar complicações quer sejam a curto ou longo prazo. Para que exista um controlo da doença tem que existir conhecimento sobre a mesma, nomeadamente sobre os cuidados associados, cuidados esses que têm que ser estimulados para que exista sucesso e controlo da patologia.

Esta doença está associada a co-morbilidades, a interiorização de comportamentos de autocuidado está diretamente ligada a rotinas e estilos de vida saudáveis e esse caminho percorre-se através de disciplina e conhecimento que podem ser melhor interiorizados através da educação para a saúde.

A sessões de educação para a saúde em grupo demonstram ser mais benéficas para os participantes, pois existe maior troca de experiências, maior apoio emocional, melhor relação custo-benefício o que conduz a uma maior adesão às acções de autocuidado na diabetes.

Este relatório pretendeu revelar o percurso por nós realizado nos períodos de Estágio na UCSP de Vila do Bispo, no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem em Associação entre a Universidade de Évora e os Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, no Ramo de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O projeto por nós desenvolvido em Estágio foi na área do autocuidado na diabetes, promovendo o conhecimento dos idosos diabéticos residentes ou em permanência parcial nas ERPI do concelho de Vila do Bispo, um dos concelhos mais envelhecidos e com um número elevado de diabéticos do Barlavento Algarvio. A escolha desta população alvo prendeu-se com a escassez de tempo e recursos e com a disponibilidade manifestada pelos dirigentes da instituição. Contámos com a colaboração de dirigentes e profissionais da Santa Casa da Misericórdia de Vila do

Bispo, assim como com a colaboração dos profissionais de saúde da UCSP de Vila do Bispo.

Como objectivo geral do nosso projeto delineamos: promover a adesão ao autocuidado das pessoas idosas diabéticas e suas famílias, e como objetivos específicos: avaliar as atividades de autocuidado com a diabetes das pessoas idosas diabéticas e melhorar o conhecimento das pessoas idosas diabéticas sobre o autocuidado com a diabetes.

Objetivos esses que foram atingidos à exceção da participação das famílias, a que também nos tínhamos proposto, pois não foi possível contar com a sua disponibilidade, possivelmente por razões de horário das sessões ou simplesmente porque ainda existe o estigma de que se o individuo está institucionalizado a família não tem que ter um papel ativo na sua velhice. Também nesse caso os profissionais terão um papel ativo alertando as famílias para a participação em atividades conjuntas, pois o conhecimento adquirido pode ser útil não só aos idosos, mas à família em geral.

Das atividades previstas realizámos o estudo da adesão ao autocuidado com a diabetes. O estudo foi realizado com uma amostra não probabilística de conveniência de 32 participantes, idosos diabéticos das ERPI da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo, maioritariamente do sexo masculino, com idade média de 81 anos. A maioria do grupo foi diagnosticado com diabetes há cerca de 5-10 anos e 15 - 20 anos. Os resultados revelaram que as atividades de autocuidado que apresentam menos adesão são o exercício físico e a alimentação específica, enquanto o autocuidado “cuidados aos pés”, apresenta maior adesão em pessoas idosas diabéticas que não tiveram complicações relacionadas com a patologia.

Uma das limitações deste estudo foi o número reduzido de participantes, pois só participaram os indivíduos capacitados para tal, a maioria como tinham idades avançadas. Outra limitação é a carência de estudos com uma amostra idêntica. Consideramos que pode, no entanto, abrir portas para que os profissionais de saúde das UCSP e das ERPI possam colaborar em novos estudos, no sentido de trabalhar em conjunto em prol da sociedade onde estão inseridos. Estudos com a mesma temática devem ser incentivados para que existam dados de comparação na mesma região, ou na mesma instituição.

Outra limitação a ser considerada foi o pouco tempo disponível para o estudo, pois para ser avaliada de forma mais correta a problemática do autocuidado deveria ser possível observar o comportamento dos indivíduos antes e após as sessões de educação para a saúde, porque muitas vezes as dificuldades que as pessoas exteriorizam nem sempre são as reais ou mais importantes. (Imperatori e Giraldes, 1993)

A finalidade deste estudo prendia-se com a otimização dos cuidados de enfermagem no domínio do autocuidado na diabetes, pelo que consideramos pertinente que, em investigações futuras, se verifique quais as intervenções de enfermagem que melhor se adequam à pessoa com diabetes. A execução deste estudo foi determinante para nós, no sentido em que percebemos melhor a importância do autocuidado e do papel do enfermeiro nesta problemática.

Pudemos também desenvolver outras atividades na UCSP de Vila do Bispo, que contribuíram para a aquisição das competências previstas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e para o mestre em Enfermagem.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolveu ao longo dos anos uma prática centrada na comunidade, os desafios atuais como as mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e nas doenças crónicas, exigem do enfermeiro especialista nesta área respostas criativas no sentido de formar uma comunidade mais forte e empoderada no seu autocuidado. O enfermeiro especialista assume a liderança na ação para resolver os problemas diagnosticados e aliando os seus conhecimentos teóricos à prática, tem capacidade para responder de forma adequada às diferentes necessidades dos clientes sejam estas pessoas, grupos ou a própria comunidade. Consegue assim proporcionar ganhos em saúde, que se poderá dizer que é o objetivo major da enfermagem comunitária e de saúde pública.

No decorrer da formação especializada neste mestrado adquirimos competências que nos permitam participar na avaliação das causas e nos processos de tomada de decisão dos problemas de saúde pública e fazer parte do desenvolvimento de projetos de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde das comunidades, com intervenções que as envolvam nos processos de saúde e de vida que lhes dizem respeito. Assim procedeu-se à intervenção em variados contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde mais eficazes, sendo estes integrados, ajustados e direcionados para grupos sociais com necessidades específicas. Neste sentido desenvolvemos as atividades de educação para a saúde, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que

constituem a comunidade de utentes do SNS e residentes na Vila do Bispo. Consideramos ainda que, como futuras especialistas na área, assumimos a responsabilidade de identificar as necessidades dos indivíduos da comunidade e de assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as ligações necessárias e desenvolvendo práticas de complementaridade com os outros profissionais de saúde e parceiros comunitários.

A realização do Estágio, com o desenvolvimento do projeto e de outras atividades, assim como a elaboração do artigo de revisão sistemática de literatura e a elaboração deste relatório foram determinantes também para alcançarmos as aprendizagens esperadas para o mestre em Enfermagem deste Mestrado. Nomeadamente fomos capazes de demonstrar as nossas competências clínicas na área especializada, fomos capazes de desenvolver investigação e de comunicá-la através deste relatório e prevendo apresentar os resultados nas instituições que nos receberam, realizámos autonomamente estudo , participámos de forma proactiva nas equipas e nos projetos, concebendo e liderando o nosso projeto de intervenção, realizámos todo o processo de planeamento em saúde integrando também os conhecimentos de enfermagem focalizados essencialmente na teoria do autocuidado de Orem. Apresentamos, tal como esperado para o grau de mestre um trabalho, neste caso um relatório de estágio, que demonstra a nossa competência para aplicar os conhecimentos em novas situações e comunicar as nossas conclusões.

Consideramos que o nosso trabalho é um contributo para o desenvolvimento dos estudos em Enfermagem sobre o autocuidado e um desafio ao trabalho interinstitucional para que, em parceria, se vá ao encontro das necessidades das pessoas nos locais onde elas estiverem. Pensamos que foi também um contributo para os profissionais de saúde das instituições onde trabalhamos no sentido de melhorar os cuidados aos idosos diabéticos.

As limitações deste trabalho prendem-se com a escassez de tempo e com a demora de resposta das Comissões de Ética, ou a não resposta, em tempo útil, pois torna-se um impedimento grande aos estudos, forçando-nos por vezes a alterar o rumo do que inicialmente pretendíamos fazer.

Que futuros estudos e projetos possam ser realizados em instituições de acolhimento a idosos, que por vezes são descuradas em detrimento de outras. Esperamos também poder continuar a investir nesta área no sentido de melhor estudar o autocuidado das pessoas idosas em situação de doença crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa. R.A.L.O. (2013). *Os desafios da adesão dos usuários portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial aos grupos de Educação em Saúde*. Araçuaí. Minas Gerais.

Barros, A. Rocha, M. Helena, E (2008) - . *Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSFem Blumenau*,. Santa Catarina. Arquivos Catarinenses de Medicina. 1806-4280/07/36 – 01/54

Borba, A.; Marques, A.; Leal, M. et al (2013) – *Adesão à terapêutica ,medicamentosa em idosos diabéticos*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

Camara, P. B.; Guerra, P. B.; Rodrigues, J. V.(2007) *Novo humanator: recursos humanos e sucesso empresarial*. 2. ed. Lisboa: Dom Quixote, p. 974 .Coleção Gestão & Inovação.

Campos, R. M. C. et al.(2011). *Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família*. Revista da Escola de Enfermagem USP [online]. v.45, n.3, p. 566-574.

Cardoso, A.F.; Queirós, A.; Ribeiro, C.F.(2015). *Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Coelho, M.S.; Silva, D.M.G.V.(2006).*Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus*. Ciência, cuidado e saúde, Maringá, v.5, nº1, p.11-5.

Coelho, M. (2007). *Planejamento de enfermagem em hospital da rede pública de ensino e assistência em Goiânia*. Universidade federal de Góias. Faculdade de Enfermagem. Goiânia

Costa J. M.B.S. (2007).*Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife*. Centro de pesquisas Aggeu Magalhães PE. Recife.Disponível

em:///C:/Users/Operador/Documents/Trabalhos%20varios%20ecsp/Desafios_adesao_usuarios_portadores_diabetes. Acesso 25 fev. 2018.

Cyrino, A.P.P.(2005). *As competências no cuidado com diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde*. 278 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016 Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Francisco, P. Belon, A. Barros, M. Caracina, L. Alves, M. Goldbaum, M. Cesar, C. (2010) - Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Rio de Janeiro

Hammerschmidt, K.S.A (2007) – *O cuidado gerontológico de Enfermagem subsidiando o empoderamento do idoso com diabetes mellitus*. Dissertação. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

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

Jacob, L. (2007).- *Animação de Idosos*. Cadernos Socialgest, nº4

Joyce-Moniz, L.; Barros, L. (2005).- *Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e intervenção*. Porto, Edições ASA.

Ley, P. (1997) - *Compliance among patients*. In A. Baum; S.Newman; J. Weinman; R. West e C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 281-284.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts and Practice*. 6ª ed. St. Louis, MO: Mosby.

Organização Mundial de Saúde.(2005) *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. s.l. : Ed. Português: Formatos.

Padua, E. M. M. (2007) - *Metodologia da Pesquisa: Abordagem Teórico-prática*. Campinas, São Paulo: Papirus Editora.

Pereira, R. T. A, Ferreira, V. (2014). *A consulta de enfermagem na estratégia saúde de família*. Revista Uniara. Ribeirão Preto

Porto, G. B.(2007). *Do corredor ao consultório: diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Queiros, P.J.P. Vidinha, T.S.S. Filho, A.J.A. (2014) Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista Enf. Ref. vol.serIV, n.3, pp.157-164. ISSN 0874-0283

Mendonça, S.C.B. Zanetti, M.L. Sawada, N.O. Barreto, I.D.C. Andrade, J.S. Otero, L.M (2017). Construção e validação do Instrumento Avaliação do Autocuidado para pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Revista Latino-Americana Enfermagem. Acedido a 2/3/2018 : <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1533.2890>

Michels, M.J. Coral, M.H.C, Sakae, T.B.D, Furianetto, L.M.(2010) *Questionário de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas*. Florianópolis, Brasil.

Oliveira, G.Y.M; Almeida, A. M. O; Girão, A. L. A; Freitas, C. H. A. (2016) *Intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2: revisão integrativa*. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.38691>

Ordem dos Enfermeiros. Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. (2006). Consultado a 4 Março de 2018: [URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/](http://www.ordemenfermeiros.pt/)

Ordem dos Enfermeiros.(2010) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Portal Nacional da Saúde. (2010). Brasil. consultado a 1/03/2018. <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/matriz.pdf>.

Ruiz, V.R.;Lima, A.R.;Machado (2004). A.L.*Educação em saúde para portadores de doença mental:relato de experiencia*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.38, nº2.

Sociedade portuguesa de diabetologia.(2015) Site consultado 17.5.2017 <http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>

Sousa F.A.M.R, Goulart M.J.G, Braga A.M.S, Medeiros C.M.O, Rego D.C.M, Vieira F.G et al.(2017) *Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso*. Rev Saude Publica. p:51:11.

Souza, L.M. Wegner, W. Gorini, M.I.P.C.(2007) *Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo*. Revista Latino Enfermagem.

Tavares, A. (1990) – *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Ed.2ª.

Thoolen, B.J. et al.(2008) *Beyond good intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with type 2 diabetes*. Health Education Reserach, v.23, nº1, p.53-61.

Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2002). *Teorias de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Torres, H.C.; Hortale, V-A.; Schall, V.A (2004) *Experiencia de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, nº4, p.885-895, dez.2004.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - PLANO DA SESSÃO – ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL NA
DIABETES**

Tema: Estilos de Vida Saudável

Fundamentação do tema:

A população tende a ganhar cada vez mais hábitos sedentários, pelo trabalho, rotinas do quotidiano ou simplesmente porque se perdeu os hábitos antigos quando as pessoas eram mais novas. Este tema serve para alertar as pessoas para os riscos de uma vida sedentária e despertar para hábitos saudáveis, com isto mostramos alguns exercícios que se poderá fazer em casa sem custos adicionais.

Dito isto, e reconhecendo a pertinência do tema, estabeleço como diagnóstico de enfermagem que serviu de ponto de partida para a elaboração deste plano de sessão, o seguinte:

- Conhecimento sobre estilo de vida saudável, perceber quais os sinais de sintomas da diabetes, alertar as pessoas para estilos de vida saudável.

População-alvo: Indivíduos diabéticos residentes no Concelho de Vila do Bispo (Vila do Bispo, Vila de Sagres e Barão de São Miguel)

Local: Santa casa da Misericórdia de Vila do Bispo

Data e hora do evento: 11 de Outubro 2017 às 11 horas e 30 minutos

Tempo previsto para a Sessão: 30 minutos;

Recursos Necessários: Computador, projetor, cadeiras e sala.

Objetivo Geral: Perceber a importância dos estilos de vida saudável

Objetivos Específicos:

Que no final da Sessão os participantes sejam capazes de:

- Identificar quais os cuidados para uma vida saudável
- Identificar as várias dimensões da qualidade de vida

Viver melhor com diabetes: *Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes*

- Saber o que é a diabetes
- Identificar sinais de sintomas da diabetes
- Perceber os benefícios de praticar exercício físico

**APÊNDICE II - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – PROMOÇÃO
DO AUTOCUIDADO EM IDOSOS DIABÉTICOS**

Tema: Promoção do Autocuidado em Idosos Diabéticos

Fundamentação do tema:

A diabetes no idoso é uma patologia cada vez mais presente, sendo por isso necessário alertar as pessoas para os cuidados a ter na diabetes e sua prevenção, os seus sinais e sintomas e forma de a controlar.

No concelho da Vila do Bispo existe um elevado número de idosos diabéticos, sendo que a maioria não se apresenta na consulta de diabetes. O mesmo acontece nas ERPI mesmo com cuidados de enfermagem e consultas médicas regulares o autocuidado na diabetes é muitas vezes descurado por parte do utente. O nosso maior incentivo para a realização da sessão de educação para a saúde é de alertar os idosos diabéticos sobre os problemas inerentes à diabetes, sinais e sintomas que têm que estar despertos para tal assim como os cuidados a ter na patologia, assim como as complicações da doença.

Continuam a aumentar os internamentos em que a diabetes surge associada a outras doenças, enquanto a população com diabetes seguida nas unidades de cuidados primários do SNS continuou a aumentar, atingindo os 6,8% da população nelas inscrita 6,4% em 2014 (Internacional Diabetes Federation).

Despertar o interesse dos idosos para o autocuidado na diabetes, cuidados a ter com os pés, no exercício físico regular e constante e alimentação.

Os objetivos desta sessão de educação são:

- * Sensibilizar e capacitar o grupo para a prevenção de complicações associadas à diabetes;
- * Consciencializar o grupo sobre comportamentos inadequados;
- * Informar o grupo sobre os cuidados a ter;
- * Alertar o grupo para sinais de alarme, capacitando para a deteção de complicações.

População-alvo: Indivíduos diabéticos residentes nas ERPI do Concelho de Vila do Bispo

Local: Vila de Sagres e Vila de Budens

Data e hora do evento: 8 de Janeiro 2018 às 17 horas e 30 minutos

Tempo previsto para a Sessão: 30 minutos

Objetivos da Sessão

Geral: Perceber a importância do autocuidado na Diabetes

Específicos:

Que no final da Sessão os participantes sejam capazes de:

- Perceber o que é a diabetes;
- Despertar para o aumento do número de indivíduos no mundo e em Portugal;
- Compreender as complicações inerentes à patologia;
- Perceber a importância do autocuidado na diabetes;
- Como avaliar a diabetes;

Recursos necessários

Materiais: Sala, cadeiras, computador, projector.

Humanos: Formadoras e formandos

APÊNDICE III – PANFLETO SOBRE DIABETES

Viver melhor com diabetes: *Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes*

Folheto diabetes - Microsoft Publisher (A Activação do Produto Falhou)

Ficheiro Base Inserir Estrutura da Página Mailings Revers Ver

Cortar Copiar Colar Pincel de Formatação Área de Transferência

Tipo de Letra Parágrafo Estilos

Desenhar Caixa de Texto Imagem Tabela Formas Moldar Texto Alinhar Dispor

Agrupar Desagrupar Localizar Substituir Selecionar

Navegação Entre Páginas

Equivalências dos Hidratos de Carbono

Amidos	Quantidade/peço correspondente a 1 porção	Peso
Batata Cruzada	Tamanho de 1 ovo	70g
Batata doce cozida sem casca		45g
Arroz cozido	2 colheres de Sopa	45g
Margarida	2 colheres de Sopa	35g
Pão triplo/ integral	1 unidade	20g/30g
Milho em lata	7 colheres de sopa	95g
Feijão	4 colheres de sopa	70g

Trabalho realizado por:
Isa Pincho

Autocuidado na DIABETES

health care
New standard
DIABETES
change in
COYS
ion
ver ex

Bibliografia

- <https://www.asdp.pt/diabetes/instrumento-alimentacao/lenca-dos-alimentos/>
- <https://www.asdp.pt/diabetes/instrumento-alimentacao/lenca-dos-alimentos/>
- <https://www.asdp.pt/diabetes/instrumento-alimentacao/lenca-dos-alimentos/>
- <https://www.asdp.pt/diabetes/instrumento-alimentacao/lenca-dos-alimentos/>

Página: 1 de 2 3,76; 13,48 cm 65% 12:21 16-02-2018

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Isa Sofia dos Santos Pincho, portadora do cartão do cidadão n 12971416, representando o 1º Mestrado em Associação da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESEJD) da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública, estando a realizar um Projeto sobre “ ”, sob orientação da Enfermeira Isa Ataíde. Solicito a sua colaboração através do preenchimento do presente questionário. Todas as informações que fornecer permanecerão anónimas e confidenciais e serão usadas somente para este estudo. A sua participação é completamente voluntária e a sua decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si. Poderá desistir a qualquer altura sem qualquer penalização.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização do questionário a que me foi proposto, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dado para posteriores análises.

Assinatura do participante

Data: ____/____/2018, Vila do Bispo

APÊNDICE VI – CRONOGRAMA

APÊNDICE VII - PROJETO

PROJETO

• *Viver melhor com diabetes: Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes*

ESTUDANTE - Isa Sofia dos Santos Pincho

LOCAL: UCSP de Vila do Bispo – ACES Barlavento

RESUMO

Este projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, no 2º ano, 1º semestre que decorre na Unidade de Saúde de Vila do Bispo. Este projeto desenvolve-se sob orientação da Profª Ana Paula Gato e orientação de Estágio da Sr.ª Enfª Especialista Isa Ataíde. Trata-se de um projeto de intervenção comunitária, com base em um diagnóstico de situação de saúde que permitiu identificar a necessidade de investigar o autocuidado da diabetes no idoso, tentando identificar se a regularidade e ações do autocuidado são as adequadas e motivar a participação dos idosos diabéticos e dos seus familiares em ações que lhes permitam o aumento do conhecimento para o autocuidado.

PLANO

A população diabética com mais de 65 anos inscrita nas unidades de saúde do concelho de Vila do Bispo é constituída por um número de indivíduos idosos com diabetes bastante significativo que, segundo preocupação manifestada pelos profissionais de saúde, não estão a ser seguidos de forma regular. Esta é mais uma razão para que estudos e intervenções na área da diabetes sejam realizados neste concelho, nomeadamente sobre o autocuidado.

Objetivos:

Geral: Promover a adesão ao autocuidado das pessoas idosas diabéticas e suas famílias.

Específicos:

- Avaliar as atividades de autocuidado com a diabetes das pessoas idosas diabéticas;
- Melhorar o conhecimento das pessoas idosas diabéticas sobre o autocuidado com a diabetes;
- Capacitar as famílias das pessoas idosas diabéticas para o autocuidado.

Seleção da Amostra: Os participantes no projeto são indivíduos com mais de 65 anos de idade com diabetes, pertencentes ao concelho da Vila do Bispo e seus familiares, que frequentam a Unidade de Saúde ou sejam utentes da Misericórdia local. Trata-se de uma amostra selecionada por conveniência.

Procedimentos metodológicos: Utilizada a metodologia de planeamento em saúde, diagnóstico de situação e intervenção para que se consiga dar resposta às necessidades identificadas e a avaliação dos processos e resultados obtidos. Serão aplicados questionários para recolha de dados.

Atividades: Aplicação do Questionário “Actividades de auto-cuidado com a diabetes”, versão traduzida e adaptada para Português de “Summary of Diabetes Self-Care Activities” de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004); tratamento dos dados; elaboração de folhetos de divulgação, planeamento e realização de sessões de educação para a saúde para diabéticos e seus familiares sobre autocuidado com a diabetes, avaliação das sessões, avaliação do estágio e elaboração do relatório de estágio.

Instrumentos de avaliação: Serão utilizados indicadores de avaliação de resultados e processo, assim como reuniões de orientação com a docente e discussão com a enfermeira orientadora do Estágio o estágio será avaliado pelas orientadoras.

APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**QUESTIONÁRIO PARA A CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA,
FORMAÇÃO NA DIABETES E ANTECEDENTES PESSOAIS**

1. Idade: _____ anos

2. Reside:

<input type="checkbox"/>	Sozinho
<input type="checkbox"/>	Acompanhado

3. Situação Profissional:

Ativo

Não ativo

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

4. Alguma vez recebeu formação específica sobre a diabetes (abordagem farmacológica, automonitorização da glicémia, regime alimentar e atividade física)?

Sim

Não

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

5. É diabético(a) há quanto tempo?

0-5 anos

5-10 anos

10-15 anos

15-20 anos

20-25 anos

25-30 anos

+ de 30 anos

6. Que tratamento farmacológico faz para a diabetes?

ADO

Insulina

Terapêutica

Mista

7. Tem ou já teve alguma complicação com a diabetes?

Sim

Não

7.1. Se sim qual/quais?

Hipoglicémia	<input type="checkbox"/>	Cetoacidose	<input type="checkbox"/>
Coma Hiperosmolar	<input type="checkbox"/>	Retinopatia Diabética	<input type="checkbox"/>
Nefropatia	<input type="checkbox"/>	Neuropatia	<input type="checkbox"/>
Doença Coronária	<input type="checkbox"/>	Doença Cerebro- Vascular	<input type="checkbox"/>
Doença Vascular Periférica	<input type="checkbox"/>	Disfunção Sexual	<input type="checkbox"/>
Pé Diabético	<input type="checkbox"/>		

**APÊNDICE IX – REVISÃO SISTEMÁTICA – VIVER MELHOR COM
DIABETES**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



ES
Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

MESTRADO EM ENFERMAGEM CIMUNITARIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Unidade Curricular Estágio Final - Artigo

2º Ano | 1º Semestre

ARTIGO - REVISÃO INTEGRATIVA

**Viver melhor com diabetes: revisão integrativa sobre o
conhecimento das pessoas no autocuidado**

Docente:

Professora Doutora Ana Paula Gato

Discente:

Isa Sofia dos Santos Pincho

Évora, Janeiro 2018

Living better with diabetes: an integrative review of people's self-care knowledge

Isa Pincho ¹

Resumo

A diabetes mellitus tem-se tornando ao longo dos anos um dos principais problemas de saúde pública em Portugal. Há vários fatores que podem contribuir para a baixa adesão ao autocuidado.

O objectivo deste estudo é conhecer quais as razões da não adesão às boas práticas de autocuidado.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, em que se utilizaram as etapas preconizadas pelo Joanna Briggs Institute, a colheita de dados foi realizada em Dezembro de 2017, nas bases de dados RCAAP e LILIACS.

Na análise do três estudos incluídos os resultados demonstraram que existem autocuidados com maior adesão que outros, os inquiridos demonstraram na sua maioria não estar aptos para o autocuidado no geral, porém a adesão à medicação, os cuidados com os pés e a alimentação geral são os que apresentam maior adesão, enquanto que o autocuidado exercício físico apresenta adesão mais reduzida.

As doenças crónicas são as que mais custos envolvem, no caso da diabetes é necessária uma mudança de comportamentos, sendo que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel essencial na capacitação dos diabéticos para o autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes; Autocuidado; Enfermagem

¹ Enfermeira, Curso de mestrado em Enfermagem em associação, pela Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto Politécnico de Castelo Branco na Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2ºano, 1º semestre da escola.

Abstract

Diabetes mellitus has become one of the main public health problems in Portugal over the years. There are several factors that may contribute to poor adherence to self-care. Chronic diseases are the most costly.

In the case of diabetes, a change in behavior is necessary, and health professionals, especially nurses, play a key role in the training of diabetics for self-care.

The objective of this study is to know the reasons for not adhering to good self-care practices.

It is an integrative review of the literature, in which it permeated the

stages recommended by the Joanna Briggs Institute, the data collection was carried out in December 2017, in the databases RCAAP and LILIACS.

In the analysis of the three included studies the results showed that there are self-care with greater adherence than others, the majority of respondents demonstrated that they were not able to self-care in general, but adherence to medication, foot care and general feeding are the which present greater compliance, whereas self-care physical exercise has lower adherence.

Key-words: Diabetes; Self-care; Nursing

Resumen

La diabetes mellitus se ha convertido en los últimos años uno de los principales problemas de salud pública en Portugal. Hay varios factores que pueden contribuir a la baja adhesión al autocuidado.

El objetivo de este estudio es conocer las razones de la no adhesión a las buenas prácticas de autocuidado.

Se trata de una revisión integrativa de la literatura, en la que permeó las etapas preconizadas por el Joanna Briggs Institute, la recolección de datos se realizó en diciembre de 2017, en las bases de datos RCAAP y LILIACS.

En el análisis de los tres estudios incluidos los resultados

demonstraron que existen autocuidados con mayor adhesión que otros, los encuestados demostraron en su mayoría no estar aptos para el autocuidado en general, pero la adhesión a la medicación, los cuidados con los pies y la alimentación general, que presentan mayor adhesión, mientras que el autocuidado ejercicio físico presenta adhesión más reducida.

Las enfermedades crónicas son las que más costos involucra, en el caso de la diabetes es necesario un cambio de comportamientos, siendo que los profesionales de salud, especialmente los enfermeros, juegan un papel esencial en la capacitación de los diabéticos para el autocuidado.

Palabras clave: Diabetes; autocuidado; enfermería

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários são a estrutura fundamental do Serviço Nacional de Saúde, pois são o primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. A promoção e proteção da saúde, a prevenção e prestação cuidados na doença, bem como a articulação interinstitucional de forma a garantir a continuidade dos cuidados, fazem com que os cuidados de saúde primários se transformem num elemento fundamental para a saúde da comunidade.

A diabetes mellitus é das doenças crónicas não transmissíveis que mais contribui a alta taxa de morbilidade e de mortalidade principalmente entre os idosos. O ritmo do processo de envelhecimento da população, a maior tendência ao sedentarismo e a inadequados hábitos alimentares, além de outras mudanças sócio comportamentais, contribuem para os crescentes níveis de prevalência da diabetes.

Desta forma é importante que se identifiquem os problemas e necessidades de saúde para que as abordagens sejam as adequadas. Para que isto aconteça é pois necessário, por um lado planear e não apenas dar resposta à procura dos cuidados de saúde, bem como estabelecer parcerias de forma a promover a literacia e a capacitar cada vez mais os cidadãos.

A intervenção em saúde, nomeadamente no autocuidado na diabetes, visa implementar medidas para que as pessoas com diabetes

adiram mais ao autocuidado, conheçam os cuidados que deverão ter para manter ou melhorar a sua qualidade de vida, principalmente a médio e longo prazo, pois esta patologia necessita de cuidados contínuos, regulares e atempados o mais precocemente possível. Neste contexto, é fundamental que as pessoas desenvolvam competências que lhes permitam manter a sua vida com a máxima qualidade, e o enfermeiro tem um papel relevante pois *“o potencial dos enfermeiros para contribuírem para a melhoria da saúde das populações em todo o mundo através da prevenção e cuidados na doença crónica nunca foi tão grande”*. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p.5)

Assim o objetivo deste estudo é conhecer quais as razões para que as pessoas não adiram às boas práticas de autocuidado, identificando as suas maiores dificuldades.

Na diabetes o autocuidado guianos para a adesão do cliente a comportamentos saudáveis, como a alimentação saudável, o exercício físico regular, o cumprimento do regime medicamentoso, a monitorização da glicémia, o cuidado com os pés e o não consumo de álcool e tabaco (Bastos, Severo & Lopes, 2007; Toobert, Hampson & Glasgow, 2000).

A Diabetes é uma das doenças crónicas que atinge milhões de pessoas em todo o mundo, constituindo não só um problema

individual ou familiar, mas um problema de saúde pública, com um forte impacto social e económico, tanto em termos de produtividade como de custos. Segundo a International Diabetes Federation (IDF, 2011) a Diabetes é considerada uma ameaça à concretização dos Objetivos de

Desenvolvimento do Milénio, afetando particularmente as nações social e economicamente mais desfavorecidas, assumindo a prevenção de complicações da doença uma das principais preocupações estratégicas ao nível global e nacional.

METODOLOGIA:

No período do mês de Dezembro de 2017 procedeu-se à pesquisa em duas bases de dados (RCAAP e LILACS) com as palavras *Diabetes, autocuidado e enfermagem* nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, bem como o operador booleano AND.

Devido ao elevado número de resultados obtidos numa primeira pesquisa, optámos pela aplicação imediata de critérios de inclusão ...: texto completo e publicações até cinco anos (2012-2017), limitando os resultados a um total de 3079 artigos.

De acordo com a base de dados LILACS com as palavras-chave: diabetes e autocuidado: 3048

artigos, texto completo: 1742 artigos, limite – idosos e humanos: 34 artigos, idioma em Português, Inglês e Espanhol: 26 artigos, enfermagem: 15 artigos e publicações com limite de 5 anos: 6 artigos (excluindo através do título e do resumo 4 artigos).

De acordo com a base de dados RCAAP com as palavras-chave: diabetes e autocuidado: 31 artigos, limite com 5 anos: 20 artigos, dissertações e artigos: 18 artigos, incluir enfermagem: 14 artigos (excluindo através do título e da leitura do resumo 12 artigos e 2 não tive acesso devido a erro informático).

Ficando no total com 2 dissertações e 2 artigos.

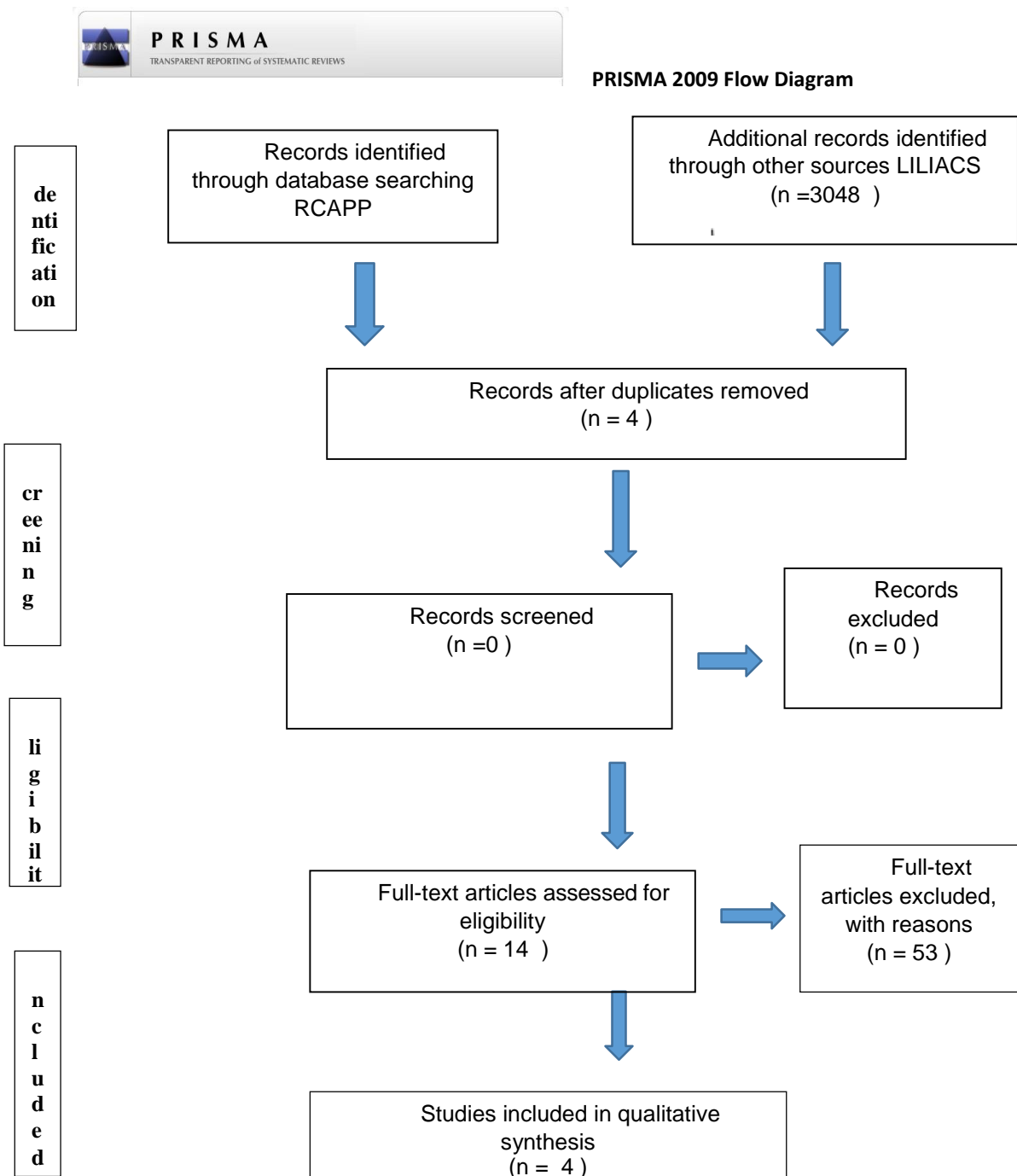


Fig. 1 – Diagrama PRISMA adaptado

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

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Por se tratar de uma revisão integrativa, optámos pela utilização de uma grelha de avaliação adaptada às características dos artigos que possuíamos, quantitativos e qualitativos, seguindo o desenho metodológico de Joanna Briggs. Assim, submetemos 4 artigos às grelhas de

avaliação, havendo necessidade de excluir 1 por não satisfazer os critérios exigidos. A amostragem total de 3 artigos, através dos quais foi realizada a discussão de resultados, encontram-se esquematizados conforme tabela seguinte.

Tabela 1 – Grelhas de avaliação Joanna Briggs <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Estudo	Autor	A no	Título	Resultados e conclusões
E1 Estudo descritivo, de corte transversal e correlacional	Marília Braga Marques, Maria Josefina da Silva, Janaína Fonseca Victor Coutinho, Marcos Venícios de Oliveira Lopes	2013	Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado	Dos idosos do estudo, 76% eram mulheres, 43% casados e 36% viúvos; destes, 77% eram do sexo feminino. Quanto à ocupação, 73% eram aposentados. No que diz respeito à moradia, 5% moravam sozinhos. Neste estudo, percebeu-se que a relação entre os fatores pessoais e a competência para o autocuidado em diabetes é significativa e deve ser considerada nas ações e intervenções dos profissionais de saúde para a promoção da assistência de saúde com abordagem biopsicossocial.
E2 Estudo	Dina Isabel Lopes De	2016	Adesão ao autocuidado da pessoa com	A amostra era constituída por 48%

descritivo-correlacional	Oliveira		diabetes mellitus tipo 2	<p>do sexo feminino e 52% do sexo masculino (idades compreendidas entre 42 e 87 anos), sendo a média de idades de 68 anos.</p> <p>Os participantes mais jovens apresentam melhores conhecimentos.</p> <p>Os participantes que se mostram mais satisfeitos com a qualidade da assistência dos cuidados de enfermagem no centro de saúde apresentam melhor adesão ao exercício físico.</p> <p>Os utentes mais satisfeitos com o serviço de enfermagem prestam os cuidados adequados aos pés e tomam a medicação de forma adequada ao longo dos últimos sete dias.</p> <p>Os baixos conhecimentos acerca desta doença e a falta de adesão aos diferentes autocuidados poderá explicar a elevada taxa de complicações que esta amostra apresenta.</p>
E3 Estudo quantitativo do tipo	Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas	2 017	Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com	A amostra é constituída por 57,2% mulheres com idades entre (56 e 65 anos).

<p>descritivo e transversal</p>			<p>Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto Comunitário</p>	<p>Verificar a grande prevalência de excesso de peso e de obesidade.</p> <p>As comorbidades mais referidas foram a HTA e a dislipidemia.</p> <p>Nesta amostra, já observamos várias complicações características da DM, nomeadamente a retinopatia, nefropatia, doença coronária, arteriopatia e o AVC.</p> <p>Também neste estudo, verificamos o mesmo fenómeno que a nível nacional, onde a tendência da LS nos três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) acompanha a da LS geral, ou seja, podem ser determinantes na adesão a algumas atividades de autocuidado com a DM.</p>
---------------------------------	--	--	--	--

DISCUSSÃO RESULTADOS

No estudo 1 dos indivíduos incluídos no estudo, 37% são analfabetos, 52% concluíram o ensino básico e somente 2% o ensino superior. Cerca de 73% estavam reformados.

No estudo 2 de todos os participantes 11,1% são analfabetos, 53,1% referem ter o 4º ano de escolaridade e que 82,7% têm menos de 4 anos de escolaridade. A maioria dos inquiridos encontra-se reformada 74%.

De acordo com o estudo três 69,6% referiram ter frequentado o primeiro ciclo do ensino básico. Encontravam-se reformados 26,8% e 26,8% com trabalho a tempo inteiro.

No estudo 1 somente 5% moravam sozinhos. Segundo os resultados 9% dos inquiridos não conseguia seguir uma dieta adequada por razões de dificuldade financeira.

No estudo 2 de acordo com o estado civil 7,4% eram solteiros, 69,1% eram casados, 1,2% estavam em união de fato, 6,2% separados/divorciados e 16% eram viúvos.

Dificuldades no autocuidado associadas a dificuldades financeiras

De todos os inquiridos no estudo 2 (14%) referem apresentar

DE

dificuldades financeiras, (22%) refere ter uma situação financeira confortável, (28%) tem uma situação financeira problemática e (36%) refere ter o suficiente para colmatar as suas necessidades.

De acordo com o estudo 3, 67,4% estavam casadas ou em união de fato de acordo com a habitação 50% habitava com a família nuclear e somente 31,9% habitava com o panheiro. Ainda no mesmo estudo a problemática da situação financeira, para 86,9% permite fazer face às necessidades de habitação, para alimentação (79,9%), saúde (72,4%) e educação (51,6%). Porém é na saúde que as pessoas demonstram maior dificuldade (27,5%) refere que raramente têm capacidade para satisfazer as suas necessidades.

Terapêutica

Segundo o estudo 1 o tempo de diagnóstico variou de 4 a 46 anos, com média de 10 anos. Dos inquiridos 88% estão medicados com antidiabéticos orais e somente 2% com insulina.

No estudo 2 segundo a amostra estudada o tempo de diagnóstico da diabetes oscila entre um mês e meio e 30 anos, sendo a média de 10,23 anos.

Em relação ao tratamento farmacológico, 81% dos inquiridos encontram-se medicados com antidiabéticos orais, 10% com insulina e 9% fazem terapêutica mista (antidiabéticos orais e insulina).

No estudo 3 o tempo de diagnóstico varia entre 1 e 40 anos, com uma média de sete anos e meio, de acordo com a amostra os antidiabéticos orais são o principal tratamento utilizado, apresentando uma boa adesão à terapêutica.

Literacia em Saúde sobre a diabetes e autocuidado na diabetes

No estudo 1 38% dos participantes não sabiam identificar os sinais de hipoglicemia, nem as situações que podem resultar em hipoglicemia 68% responderam que não sabiam e 44% não conseguiram identificar os sinais de hipoglicemia. Verificou-se que 43% não conseguiram identificar nenhum dos sintomas diabéticos e 46% não sabiam o que fazer quando se deparassem com tais sinais. Quanto ao conhecimento da diabetes 33% responderam corretamente a pelo menos dois itens sobre a doença, em relação aos métodos de exame para identificar anormalidade e controlar a diabetes, 57% conseguiram identificar pelo menos um dos métodos mais utilizados.

No estudo 2 cerca de 86,4% sabe que na diabetes não tratada o açúcar no sangue sobe, enquanto que 82,7% sabe que os cortes e as feridas cicatrizam mais lentamente que nos não diabéticos. A maioria dos inquiridos, 80,2%, sabe que uma glicemia capilar de 210mg/dl em jejum é elevada, a mesma percentagem de indivíduos sabe que os diabéticos têm que ter cuidados especiais quando cortam as unhas dos pés.

No estudo 3 verificou-se que 19,7% dos participantes apresenta literacia em saúde geral inadequada e que 45,3% literacia problemática, ou seja, 65% da amostra tem literacia em saúde limitada. No mesmo estudo somente 10,9% da amostra apresenta literacia excelente.

Neste estudo verificou-se ainda que a literacia em saúde é limitada na amostra estudada

Competências para o autocuidado e Adesão ao autocuidado

No estudo 1 apenas 6% dos indivíduos foram classificados como competentes para o autocuidado, com uma média de 69,6 e desvio padrão de 6,95.

Neste estudo prevalece o sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e idosos reformados com rendimento inferior à média nacional. Foi identificado que a competência para o autocuidado estava presente em apenas 6% da população inquirida. As alterações visuais dos idosos comprometiam as acções do autocuidado, assim como a motivação para o autocuidado. Também no mesmo estudo a desmotivação é considerada um dos maiores problemas para a baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas, cabendo aos profissionais de saúde motivar os utentes fazendo com que estes adiram as boas praticas de autocuidado.

No estudo 2 as dimensões do autocuidado são alimentação geral, alimentação específica, actividade física, medicação, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e

hábitos tabágicos. No item alimentação geral a média de adesão é de 3,45%, relativamente à alimentação específica verifica-se adesão de 4,4%, no exercício físico temos uma adesão de 1,1%, a adesão à avaliação da glicémia capilar é de 2,8% e a adesão aos cuidados com os pés a adesão é de 3,4%.

De acordo com os hábitos tabágicos, 91,4% não fumam actualmente, destes 67,9% nunca foram fumadores e 22,2% não fumam há mais de 2 anos.

Alimentação geral e específica

Neste estudo 3 verificou-se que o item da alimentação geral varia de 1 a 7 dias da semana, com média de 4,7. Na alimentação específica as respostas variam entre 0 a 6 dias da semana, com uma média de 1,6. O que nos mostra que, na alimentação geral, a amostra apresenta um suficiente nível de adesão às actividades de autocuidado, enquanto na alimentação específica os dados mostram que os participantes raramente conseguem satisfazer as necessidades de alimentação e que assim a frequência média com que consomem carnes vermelhas, pão, arroz, massas, bebidas alcoólicas e doces é muito superior à observada nos que com mais regularidade conseguem satisfazer as necessidades de alimentação.

O mesmo estudo, em relação ao autocuidado com a actividade física e monitorização da glicémia, podemos afirmar que esta amostra apresenta uma baixa adesão a estas actividades de autocuidado, com média de 2 e com mediana inferior a 1. Comparando as médias

observamos que são os mais jovens, que possuem mais escolaridade, que utilizam insulina, isoladamente ou em combinação com antidiabéticos orais, que monitorizam a glicémia com mais frequência.

A amostra apresenta uma maior adesão às actividades de autocuidado com a toma da medicação, com os cuidados com os pés e com a alimentação geral. Verificou-se que as pessoas aderem pouco às actividades de autocuidado com a alimentação específica, com a atividade física e com a monitorização da glicémia.

No estudo 2 os inquiridos apresentam um nível de maior adesão na alimentação específica, seguido da adesão aos cuidados com os pés, sendo o autocuidado a que menos aderem o exercício físico.

No estudo 3 a amostra apresenta maior adesão com a toma da medicação 6,8%, cuidados com os pés 5,9% e com a alimentação geral 4,7%. Em contrapartida as pessoas aderem muito pouco às actividades de autocuidado como a alimentação específica 1,6%, actividade física 2% e monitorização da glicémia 2,1%. No entanto quem frequentou as consultas de enfermagem para a observação dos pés apresenta maior adesão à alimentação geral e ao cuidado com os pés e menor adesão à monitorização da glicémia.

CONCLUSÃO:

A temática do autocuidado é bastante actual, pois tem impacto

não só a nível pessoal, como familiar, social e até económico. Um indivíduo diabético que não tem conhecimento sobre a patologia quer seja pela idade avançada, pelo baixo nível de escolaridade, pelas dificuldades financeiras é um indivíduo que tem que ser contactado de forma regular pelo enfermeiro de cuidados de saúde primários para que exista um acompanhamento regular, é necessária uma relação de empatia entre enfermeiro/cliente para que este possa esclarecer as suas dúvidas com o profissional de saúde.

Segundo os resultados dos três estudos podemos concluir que, além da literacia em saúde, a situação financeira do agregado familiar e a idade podem ser determinantes na baixa adesão ao autocuidado com a diabetes.

Em todos os estudos o autocuidado com maior adesão são a toma da medicação, a alimentação geral e os cuidados com os pés, ficando o autocuidado exercício físico como o que apresenta menor adesão. Porém no estudo 2 podemos constatar que os indivíduos que se mostram mais satisfeitos e que frequentam regularmente as consultas de enfermagem são aqueles que praticam mais exercício físico, possivelmente por estarem melhor informados. Outra explicação para a fraca adesão ao exercício físico será a idade avançada da maioria dos indivíduos da amostra.

Nos três estudos os inquiridos foram classificados como não competentes para o autocuidado, o que nos conduz para a importância de ações de promoção para a

saúde direcionadas para a população diabética, de forma especial a mais idosa, com o objectivo de os capacitar para o autocuidado. Neste sentido o profissional de saúde tem o dever de desenvolver estratégias, respeitando as capacidades e as limitações das pessoas de quem cuida, utilizando linguagem adequada e recursos que facilitem a compreensão das instruções e ações de educação em saúde. Estes resultados refletem que ainda existe um longo caminho a percorrer.

REFERÊNCIAS:

Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007) - Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, Série 2, 20(1), 11- 20.

International Diabetes Federation (2011). *IDF Diabetes Atlas*, 5th edn. Brussels: International Diabetes Federation

Joanna Briggs – grelhas avaliação: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Joanna Briggs – Metodologia: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011c). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Toobert, D., Hampson, S. & Glasgow, R. (2000). The summary of diabetes self

care activities measure: results from 7 studies and a revised scale.

Diabetes Care, 23(7), 943-950.

APÊNDICE X – ERRATA DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Errata do Relatório de Estágio

“Viver melhor com diabetes: Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes”

Página	Linha	Lê-se	Deve ler-se
13	9	“para a pessoa”	“para as pessoas”
13	19	“as relacionados”	“as relacionadas”
13	22/25	“indivíduo”	“indivíduo”
14	30	“utilizado o o questionário”	“utilizado o questionário”
15	7	“saúde. Durante os períodos de estágio”	“saúde.”
15	20	“outras catividades”	“outras atividades”
16	7	“diabetes.”	“diabetes.”
16	14	“giperglicemia”	“hiperglicemia”
17	1	“óbitos, a as”	“óbitos, as”
18	4	“a diabetes Mellitus”	“a diabetes mellitus”
20	27	“para so profissionais”	“para os profissionais”
21	10	“nesta campo”	“neste campo”
22	24	“indivíduo”	“indivíduo”
23	9/10/11/12/29	“indivíduo”	“indivíduo”
24	4	“indivíduo”	“indivíduo”
24	15	“DM a no”	“DM no”
26	27	“diagnostico”	“diagnóstico”
27	24	“dimensão, a transcendência”	“dimensão, a transcendência”
30	17	“situa-se região”	“situa-se na região”
30	19	“tinha 5206”	“tinha 5206 habitantes”
37	4	“mas numero”	“mas número”
38	4	“também nos também nos”	“também nos”
39	7	“indivíduo”	“indivíduo”
42	6	“aumentado”	“aumentando”
42	18	“provedor a diretora”	“provedor e a diretora”
44	15	“estudos, sobre”	“estudos sobre”
46	26	“glicemia”	“glicémia”
48	8	“doa”	“dos”
57	6	“especifica”	“específica”
58	3	“especifica”	“específica”
58	26	“para a fraca à pratica”	“para a prática”
59	11	“experiências”	“experiências”
62	18	“indivíduo”	“indivíduo”
62	27	“doença,, importante”	“doença, importante”
62	28	“indivíduo”	“indivíduo”
63	3	“na doenças”	“na doença”
64	8	“especificas”	“específicas”
66	1	“Vial”	“Vila”
67	13	“experiências”	“experiências”
69	19	“liderança no”	“liderança na”
69	27	“as envolvam as”	“as envolvam”
70	1	“residentes me”	“residentes na”

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOBRE O AUTOCUIDADO NA DIABETES

ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português de “Summary of Diabetes Self-Care Activities” de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 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
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1. 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
2.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.4. Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.5. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.6. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.7. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.8. Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ATIVIDADE FÍSICA	
3.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividades continua, inclusive andar).	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como andar, 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
4. CUIDADOS COM OS PÉS	
4.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7

4.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS inspeccionou o interior dos seus sapatos?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.4. Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. MEDICAMENTOS	
5.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? Ou (se insulina e comprimidos):	0 1 2 3 4 5 6 7
5.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o numero indicado de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
6. MONITORIZAÇÃO DEGLICÉMIA	
6.1. Quantas vezes por semana lhe recomendaram que avaliasse o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
6.2. Quantas vezes avaliou o açúcar no sangue na última semana?	0 1 2 3 4 5 6 7
7. HÁBITOS TABÁGICOS	
7.1. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	0_Não 1_Sim
7.2. Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente num dia? Número de cigarros:	
7.3. Quando fumou o seu último cigarro? 0_Nunca fumou 1_Há mais de dois anos atrás 2_Um a dois anos atrás 3_Quatro a doze meses atrás 4_Um a três meses atrás 5_No último mês 6_Hoje	

**ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE
AUTOCUIDADO**

Viver melhor com diabetes: *Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes*

Isa Sofia Pincho

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 Isa Sofia Pincho, 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 relacionado com a Adesão ao Regime Terapêutico em idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2, que irá efetuar no âmbito da sua dissertação.

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, 23 Maio de 2017

Fernanda Santos Bastos (PhD)


Professora Adjunta


Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

ANEXO III – COMISSÃO DE ÉTICA, UNIVERSIDADE DE ÉVORA

	Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos
Requerente	
Nome: Isa Pincho Email: m36910@alunos.uoevera.pt Número de aluno: 36910 Curso: Enfermagem (Mestrado)	
Requerimento	
Título do Projeto: Viver melhor com diabetes: Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes	
Nome dos Investigadores: Isa Sofia dos Santos Pincho	
Nível da Investigação: Projeto de Estágio para Mestrado (Projeto de Intervenção Comunitária).	
Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal: Professora Doutora Ana Paula Gato	
Responsáveis Académicos - Colaboradores: Professora Doutora Ana Paula Gato	
Resumo / Abstract: Este projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, no 2º ano, 1º semestre que decorre na Unidade de Saúde de Vila do Bispo. Este projeto desenvolve-se sob orientação da Profª Ana Paula Gato e orientação de Estágio da Srª Enª Especialista Isa Ataíde. Trata-se de um projeto de intervenção comunitária, com base em um diagnóstico de situação de saúde que permitiu identificar a necessidade de investigar o autocuidado da diabetes no idoso, tentando identificar se a regularidade e ações do autocuidado são as adequadas e no caso de existirem dificuldades motivar a participação dos idosos diabéticos e dos seus familiares em ações que lhes permitam o aumento do conhecimento para o autocuidado.	
Fundamentação e pertinência do estudo: Através da consulta de dados realizada, foi possível identificar que a população diabética com mais de 65 anos inscrita nas unidades de saúde do concelho de Vila do Bispo é constituída por um número de indivíduos idosos com diabetes bastante significativo, que, segundo preocupação manifestada pelos profissionais de saúde, não estão a ser seguidos	

	Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos
Requerente	
Nome: Isa Pincho Email: m36910@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36910 Curso: Enfermagem (Mestrado)	
Requerimento	
<p>para que a informação seja interiorizada por todos.</p> <p>Objetivos: Genal: Promover a adesão ao autocuidado das pessoas idosas diabéticas e suas famílias.</p> <p>Específicos: - Avaliar as actividades de autocuidado com a diabetes das pessoas idosas diabéticas; - Melhorar o conhecimento das pessoas idosas diabéticas sobre o autocuidado com a diabetes; - Capacitar as famílias das pessoas idosas diabéticas para o autocuidado.</p> <p>Seleção da amostra: Os participantes no projecto são indivíduos com mais de 65 anos de idade com diabetes, pertencentes ao concelho da Vila do Bispo e seus familiares., que frequentam a Unidade de Saúde ou sejam utentes da Misericórdia local. Trata-se de uma amostra seleccionada por conveniência.</p> <p>Procedimentos metodológicos: : Utilizada a metodologia de planeamento em saúde, diagnóstico de situação e intervenção para que se consiga dar resposta às necessidades identificadas e a avaliação dos processos e resultados obtidos. Serão aplicados questionários para recolha de dados.</p> <p>Instrumentos de avaliação: Serão utilizados indicadores de avaliação de resultados e processo assim como reuniões de orientação com a docente e discussão com a enfermeira orientadora de Estágio.</p> <p>Como serão recolhidos os dados: Os dados serão recolhidos através do Questionário "Actividades de auto-cuidado com a diabetes", versão traduzida e adaptada para Português de "Summary of Diabetes Self-Care Activities" de Glasgow R, Tooberl D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004)</p> <p>Como será mantida a confidencialidade nos registos:</p>	
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Entregue electronicamente em: 2017-11-11 10:26
Página 2/4	



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Isa Pincho
Email: m36910@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36910
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

A confidencialidade será mantida através da protecção de dados e anonimato. Os questionários serão codificados e não existirá referência a dados de identificação.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

- Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2;
- Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2 :O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem;
- Avaliação da competência de Idosos diabéticos para o autocuidado;
- Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus;

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.

-Título do estudo: ... Viver melhor com diabetes: Promoção do autocuidado das pessoas idosas com diabetes

Enquadramento: Este projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, no 2º ano, 1º semestre que decorre na Unidade de Saúde de Vila do Bispo. Este projeto desenvolve-se sob orientação da Profª Ana Paula Gato e orientação de Estágio da Srª Enfª Especialista Isa Ataíde. Trata-se de um projeto de intervenção comunitária, com base em um diagnóstico de situação de saúde que permitiu identificar a necessidade de investigar o autocuidado da diabetes no idoso, tentando identificar se a regularidade e ações do autocuidado são as adequadas e no caso de existirem dificuldades motivar a participação dos idosos diabéticos e dos seus familiares em ações que lhes permitam o aumento do conhecimento para o autocuidado.

Explicação do estudo: Este projeto/estudo pretende identificar as problemáticas/dificuldades do autocuidado nos diabéticos no sentido de intervir para aumentar os seus conhecimentos para o autocuidado. Para isso serão recolhidos dados sobre o autocuidado. A recolha de dados será feita através de um questionário ("Actividades de auto-cuidado com a diabetes", versão traduzida e adaptada para Português de "Summary of Diabetes Self-Care Activities" de Glasgow R, Teobert D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004) anónimo, preenchido de forma voluntária, será colhido na sessão de educação para a saúde, em indivíduos com mais de 65 anos que residem no concelho de Vila do Bispo. O estudo será feito na UCSP da Vila do Bispo. Serão feitas 3 a 4 sessões de educação para a saúde, criação de folhetos para sintetizar a informação partilhada. Será um estudo quantitativo, empírico.

Condições e financiamento: Não há pagamento de deslocações e contrapartidas.

	Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos
Requerente	
Nome: Isa Pincho Email: m36910@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36910 Curso: Enfermagem (Mestrado)	
Requerimento	
Confidencialidade e anonimato: Não será divulgado qualquer dado que permita a sua identificação e será assegurada a confidencialidade e anonimato através da codificação dos questionários. Com os melhores cumprimentos: Enfª Isa Pincho Email isa.pincho@gmail.com Tim: 968866205	
Assinatura/s: <input type="checkbox"/>	
-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-	
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.	
Nome:	
Assinatura: Data: / /	
SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)	
NOME:	
BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE: / /	
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:	
ASSINATURA:	
ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE	
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Entregue eletronicamente em: 2017-11-11 10:28
Página 4/4	

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA



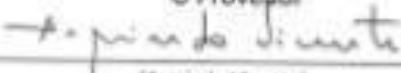
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE VILA DO BISPO

DECLARAÇÃO

A Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo, Instituição Particular de Solidariedade Social, com sede em Vila do Bispo, devidamente registada na Direção Geral da Segurança Social, pelo averbamento nº1 à inscrição nº 9/R1, a fls. 9 Verso e 10 do Livro nº 1, das Irmandades da Misericórdia, pessoa colectiva nº 501347160, representada pelo Sr. Armindo Paulo Leal Vicente, portador do Cartão de Cidadão n.º 10599588 6 2Y2, válido até 28/02/2022, na qualidade de Provedor, autoriza a Isa Sofia Santos Pincho a realizar o projecto "*viver melhor com diabetes: Promoção do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes*".

Vila de Sagres, 03 de Novembro de 2017

O Provedor



(Armindo Vicente)