



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

“Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas”

Ângela Ferro Santos

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
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

“Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas”

Ângela Ferro Santos

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Ao Pedro e ao Pedrinho pelo seu infinito amor, sobretudo, quando a qualidade do contacto era afetada pelo cansaço e, mesmo assim, o sorriso e a alegria de estarem comigo eram contagiantes... amo-vos

AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste relatório, várias pessoas tiveram uma colaboração fundamental para a sua finalização nas condições e tempo que dispunha. A todas elas não podia deixar de expressar a minha gratidão:

À Professora Doutora Ana Paula Gato pela sua disponibilidade, apoio e carinho demonstrado, pelas suas palavras sábias e oportunas, críticas construtivas ao longo de todo o processo académico. Para ela o meu bem-haja pela atenção e compreensão dispensada. O meu sincero obrigado!

Agradeço ao meu marido e ao meu filho pelo amor, apoio incondicional que me deram ao longo deste percurso, mesmo quando as forças já me faltavam. Privei-os inúmeras vezes da minha presença.

Aos meus pais, sogros, avó e tia, pela confiança, carinho e apoio que me deram para abraçar este desafio, mesmo sabendo que isso iria significar algumas ausências.

À Enfermeira orientadora de estágio, Isa Ataíde, por todos os conselhos, incentivos, ensinamentos, compreensão e carinho ao longo de todo o estágio.

À ERPI de Vila do Bispo, na pessoa dos seus Exmos. Diretores que acolheram este projeto.

Aos idosos que aceitaram participar no estudo, pois sem a vossa colaboração este não seria possível.

À minha amiga e colega Enfermeira Ana Cristina Pinto, pelo incentivo e apoio ao longo deste percurso.

Às minhas colegas de estudo e viagem Isa e Telma, todo o apoio, carinho, incentivo e amizade com que me brindaram neste percurso.

RESUMO

O envelhecimento, nomeadamente o aumento da longevidade, amplia o risco de doença. A incidência e prevalência da diabetes têm aumentado, sendo que a literacia em saúde melhora a capacidade de viver melhor com esta patologia.

Este relatório apresenta o projeto desenvolvido na área da promoção da literacia em saúde, durante o Estágio de Mestrado em Enfermagem, tendo como objetivo promover o conhecimento das pessoas idosas do Concelho da Vila do Bispo sobre a DM tipo 2.

Foi utilizada a metodologia de planeamento em saúde. Os resultados obtidos mostram que os idosos têm dúvidas acerca da diabetes relativamente à importância da vigilância, controle, sua evolução e cronicidade, tendo sido realizadas ações de educação para a saúde no sentido de contribuir para o aumento da sua literacia. Os resultados evidenciam a necessidade de se continuar a estudar estratégias de cuidados que envolvam o diabético de forma a obter ganhos em saúde.

Palavras-chave: Conhecimento, Diabetes Mellitus tipo 2, Idosos.

ABSTRACT

Knowing Diabetes: Promoting diabetes literacy in the elderly

The increase in life expectancy is a prevalent evidence, but efforts are necessary to promote health and prevent diseases, because it appears that elderly people are increasingly at high risk of developing pathologies as they age. Diabetes is a disease whose incidence and prevalence has increased in the last years, particularly seniors.

This internship report features the work developed in the area of nursing care needs in a specific population, having as general objective to promote the knowledge to the elderly people of the Concelho da Vila do Bispo, about type 2 DM. The methodology of health planning was used, and a descriptive study of quantitative nature and education for health was carried out.

After the identification of these results, it was performed several health educational actions that counted with the involvement of seniors in order to promote information on diabetes. The work developed evidence the necessity to continue to develop strategies that include the involvement of diabetic people, so that they can obtain gains in health.

Key words: Knowledge, Diabetes Mellitus type 2, elderly people.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- DENSIDADE POPULACIONAL.....	44
GRÁFICO 2- ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NO ALGARVE	45
GRÁFICO 3- ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DE VILA DO BISPO	45
GRÁFICO 4- RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO	60

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO - POPULAÇÃO RESIDENTE SEGUNDO OS CENSOS, POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS, PORTUGAL CONTINENTAL (2012-2016).....	23
TABELA 2- INDICADORES DE SAÚDE.....	46
TABELA 3- DIABÉTICO IDENTIFICADOS NO SINUS- ALGARVE.....	48
TABELA 4- PREVALÊNCIA DA DIABETES- BARLAVENTO ALGARVIO	49
TABELA 5- RESULTADOS DA DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES SEGUNDO A GRELHA DE ANÁLISE	52
TABELA 6- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (N = 51)	58
TABELA 7- DIABETES.....	58
TABELA 8- RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SOBRE DIABETES- CONHECIMENTO	59
TABELA 9- RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO.....	61
TABELA 10- CONHECIMENTOS E GÉNERO.....	62
TABELA 11- CONHECIMENTOS E TER DIABETES.....	62
TABELA 12- CONHECIMENTOS E IDADE	63
TABELA 13- CONHECIMENTOS E TER DIABETES.....	64
TABELA 14- SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	73

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- LOCALIZAÇÃO DE VILA DO BISPO.....	43
FIGURA 2- GRELHA DE ANÁLISE	52

SIGLAS

CE: Comissão Europeia

DGS: Direção Geral de Saúde

DM II: Diabetes Mellitus tipo 2

DR: Diário da Republica

ERPI: Estrutura Residencial para Idosos

INE: Instituto Nacional de Estatística

LS: Literacia em Saúde

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE: Ordem dos Enfermeiros

ONU: Organização das Nações Unidas

OMS: Organização Mundial de Saúde

QCD – Questionário de Conhecimentos da diabetes

SINUS: Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE: Universidade de Évora

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1.1 O Envelhecimento	20
1.1.1 O processo do envelhecimento	20
1.1.2 Evolução demográfica do Envelhecimento.....	22
1.2. A Diabetes	24
1.2.1 A diabetes tipo 2.....	25
1.2.2 Epidemiologia da diabetes.....	26
1.2.3 Diabetes nas pessoas idosas	27
1.3 Literacia Em Saúde- Intervenção Do Enfermeiro	29
1.3.1 Literacia em saúde.....	29
1.3.2 Os enfermeiros e os conhecimentos sobre diabetes nos idosos	31
1.3.3 Modelo da promoção da saúde de Nola Pender	35
2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS.....	37
2.1. Planeamento em Saúde	37

2.2. Avaliação dos Conhecimentos sobre Diabetes	40
2.3. Questões Éticas	40
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	42
3.1 Caracterização Geodemográfica e de Saúde	42
3.1.1 Dados demográficos e indicadores de saúde	43
3.1.2 Recursos de saúde	47
3.1.3 A diabetes - situação no distrito e no concelho	48
3.2 Análise dos dados – Identificação de Necessidades e Problemas	49
4 .DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	51
4.1 Priorização dos Problemas e População Alvo	51
4.2 Objetivos, Estratégias, Seleção de Atividades e Indicadores	54
Para o nosso projeto definimos então como objetivo geral:	54
5. IMPLEMENTAÇÃO - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	57
5.1 A Avaliação do Conhecimento sobre Diabetes - Apresentação e Discussão dos Resultados	57
5.1.1 Caracterização da amostra.....	58

5.1.2 Resultados.....	58
5.1.3 Conclusões	65
5.2 Sessões De Educação Para A Saúde.....	67
5.3 A Consulta De Enfermagem Para Pessoas Com Diabetes.....	68
6. AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	70
7. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	73
8. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	75
CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	XCI
ANEXO I- AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO NA ERPI DE VILA DO BISPO	XCII
ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DO ACES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	94
ANEXO III- QUESTINÁRIO DOS CONHECIMENTOS DA DIABETES.....	XCVI
ANEXO IV- AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	XCIV

APÊNDICES	CI
APÊNDICE I- CONVITE	CII
APÊNDICE II- PLANO DE SESSÃO	CIV
APÊNDICE III- FOLHETO	CVII
APÊNDICE IV- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO.....	CIX
APÊNDICE V- ARTIGO.....	CXI
APÊNDICE VI- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	CXXXIX
APÊNDICE VIII- ERRATA	CL
APÊNDICE VIII- CRONOGRAMA.....	CLIII

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus é a designação utilizada para descrever uma desordem metabólica com múltiplas etiologias caracterizada por uma hiperglicémia crónica consequente de distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, que resultam de deficiências na secreção e/ou ação da insulina, ou de ambas (SPD, 2015).

A diabetes é uma das patologias mais evidentes na população de idade avançada, estando presente em pelo menos 20% dos indivíduos com mais de 65 anos. Este grupo etário tem maior taxa de mortalidade precoce, incapacidade funcional e doenças coexistentes nomeadamente pelas suas complicações como a hipertensão e acidente vascular cerebral que os indivíduos sem diabetes (ADA, 2006).

É importante conhecer o contexto familiar e social em que o idoso diabético se encontra inserido, bem como a presença de fatores físicos e psíquicos relacionados com a sua idade avançada. É necessário saber se este vive só e tem de preparar a sua alimentação e gerir a sua medicação, bem como a sua disponibilidade económica. Também é importante conhecer o seu estado psíquico, pois muitas vezes o idoso encontra-se deprimido pela solidão, devido à perda de familiares e amigos (Duarte, 2002).

Neste contexto, da pessoa idosa com diabetes, a literacia em saúde assume um impacto significativo. A literacia em saúde envolve uma diversidade de capacidades dos indivíduos face a decisões relacionadas com a saúde. O acesso que cada pessoa tem à informação, a sua compreensão e avaliação, determinam formas de interação com os sistemas de saúde, tanto na promoção da saúde como na prevenção da doença ou nos próprios cuidados de saúde, através da tomada de decisão consciente e informada, colaborando de forma positiva ou negativa para atingir um bom nível de saúde (Marques,2015).

O presente relatório – Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em Diabetes nas pessoas idosas - reflete o percurso de estágio e os resultados do projeto desenvolvido no âmbito dos períodos de Estágio do 1º Mestrado em Associação, Ramo de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado numa Unidade de Saúde do ACES do Barlavento Algarvio em Vila do Bispo.

Assim, a área problemática escolhida foi uma das consideradas como linha de investigação do Mestrado no ramo de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Necessidades de cuidados de enfermagem em população específica”. O tema escolhido prendeu-se com a possibilidade de abordar um assunto atual, com pesquisas e evidências científicas recentes. O nosso trabalho consistiu, numa primeira fase, na identificação de uma problemática existente no Concelho de Vila do Bispo. Após o diagnóstico de situação, verificámos que existia um elevado número de indivíduos diabéticos e elevada taxa de envelhecimento no concelho, sendo que o número de casos de diabetes nas pessoas idosas era significativo.

Delineámos assim o nosso projeto de intervenção tendo como população alvo as pessoas idosas do concelho de Vila do Bispo, tendo como objetivo geral: promover o conhecimento das pessoas idosas do Concelho da Vila do Bispo sobre a DM tipo 2; e como objetivos específicos: avaliar o conhecimento sobre a diabetes nos idosos do Concelho da Vila do Bispo; incentivar a participação das pessoas idosas em sessões de educação para a saúde acerca da DM tipo 2; e aumentar a adesão das pessoas idosas diabéticas inscritas nas unidades de saúde às consultas de enfermagem para diabéticos.

A metodologia utilizada, como preconizado na Unidade Curricular e esperado nas competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, foi a de planeamento em saúde, tendo sido realizado um estudo descritivo de carácter exploratório para avaliar os conhecimentos dos idosos sobre a diabetes mellitus tipo 2. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o questionário de conhecimento da diabetes, e os dados foram tratados através de análise estatística.

Foram desenvolvidas ações de educação para a saúde com a finalidade de melhorar os conhecimentos dos idosos diabéticos e não diabéticos. Durante o estágio foram ainda realizadas outras atividades que nos permitiram desenvolver as competências esperadas para o enfermeiro especialista em ECSP. Tendo presente que o curso de Mestrado em Enfermagem pretende o desenvolvimento pessoal e profissional baseado na reflexão e autoformação, preconizando-se a ampliação do conhecimento científico de enfermagem baseado na reflexão e conceção teórica, pretendemos que este relatório possa espelhar o trabalho e o empenho que tivemos no sentido de aumentar o nosso conhecimento e o da própria profissão durante o nosso Estágio. De facto a Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento relativa ao cuidado humano, materializa-se no exercício profissional, fundamentalmente na prestação de cuidados

aos indivíduos, às famílias, aos grupos e à comunidade¹. São cuidados dirigidos às pessoas, fortalecidos no conhecimento disciplinar de enfermagem, pelo que são reconhecidos como cuidados de enfermagem².

Segundo Calçada (2013), a enfermagem é, cada vez mais, uma profissão dinâmica na busca de uma melhoria contínua, tornando-se imprescindível a elaboração de trabalhos científicos entre os quais se encontram os projetos. Espera-se do enfermeiro especialista que este possua não só conhecimento científico, técnico e empático fundamentado na experiência, mas também um olhar crítico e reflexivo sobre as situações que se lhe apresentam. É apoiado nestas conjeturas que se adquire e desenvolve competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária, competências estas que conseguem melhorar a prática diária e apropriar um ambiente em constante transformação e evolução, quer a nível técnico quer científico. Consideramos pois que este relatório permitirá apresentar o caminho por nós realizado durante o estágio com vista a adquirir as competências previstas e contribuir para o desenvolvimento da profissão e da especialidade ao mesmo tempo que cuidávamos da população com vista a melhorar a sua literacia em saúde e alcançar mais e melhor saúde.

A organização deste relatório, apresenta o desenvolvimento durante o período do nosso estágio e pretende responder aos objetivos de aprendizagem previstos para as unidades curriculares de Relatório, nomeadamente: “Evidenciar a capacidade de reflexão sobre as práticas; demonstrar capacidade de fundamentação das práticas com base na evidência científica; demonstrar capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária, segundo as etapas do planeamento em saúde; e desenvolver uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública e demonstrar a capacidade de liderança” e de Estágio onde foram desenvolvidas atividades, atendendo especificamente a cada uma das etapas do planeamento em saúde.

¹ Como definido no nº 2 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro.

² Publicação em lei do REPE em que os “cuidados de enfermagem” surgem como um conceito definido, é uma manifestação inequívoca desse reconhecimento pela sociedade.

O texto que se segue apresenta o resultado teórico construído a partir de todo o trabalho e dos resultados do projeto realizados.

Os capítulos dividem-se em três partes, cada uma delas correspondendo a uma fase do percurso seguido. O Enquadramento teórico é destinado a explicitar os diversos alicerces teóricos onde o projeto se ancora, sintetiza a ancoragem teórica; de seguida os capítulos que apresentam todo o desenvolvimento do nosso projeto com base na metodologia de planeamento em saúde, nomeadamente o diagnóstico de situação, apresentam-se as opções metodológicas, também se explicitamos objetivos, as estratégias e as intervenções previstas para atingir esses mesmos objetivos; apresentam-se as atividades desenvolvidas e os seus resultados assim como a avaliação do projeto; já os últimos capítulos apresentam outras atividades desenvolvidas durante o Estágio, a reflexão sobre as competências adquiridas e as respetivas conclusões deste relatório.

O texto do relatório aqui apresentado forma assim um corpo único que procura apresentar de forma lógica todo o nosso percurso durante o período de Estágio, de forma especial o desenvolvimento do nosso projeto. A sua divisão estrutural corresponde apenas a uma divisão adjetiva procurando uma melhor organização. É também com esta intenção que alguns capítulos se encontram divididos em subcapítulos, sempre que a extensão dos seus conteúdos o justifica. A colocação de algumas figuras e tabelas pretende sintetizar graficamente algumas matérias, dando assim imagem ao discurso.

Para a indicação de citações e referenciação bibliográfica foi adotada a sexta edição da norma da American Psychological Association (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo divide-se em vários subcapítulos, os quais abordam o envelhecimento, o seu processo, bem como a evolução demográfica do envelhecimento. É referenciado também neste capítulo a Diabetes Mellitus tipo 2, a sua epidemiologia, e o aparecimento desta patologia nas pessoas idosas.

1.1 O Envelhecimento

O envelhecimento da população é citado como um dos problemas principais do século XXI (Cabral et al., 2013). Verifica-se que à medida que as condições de vida melhoram e o acesso aos cuidados de saúde aumentam, a mortalidade neonatal e infantil diminuem e a esperança média de vida aumenta (World Health Organization, 2012). O envelhecimento populacional é um acontecimento assinalado em todos os países desde a Segunda Guerra Mundial (Fontaine, 2000).

1.1.1 O processo do envelhecimento

As alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população determinam diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, manifestando-se, a nível individual, o aumento da longevidade, e a nível coletivo, nas mudanças das relações sociais e familiares, bem como pelas complicações económicas (Pocinho, 2014). Este fenómeno tem apresentado alterações de carácter individual através da adoção de novos estilos de vida (INE, 2015), sendo esta uma problemática atual e complexa.

Segundo a DGS (2006), o envelhecimento consiste num processo de deterioração endógena e irreversível das aptidões funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e intrínseco à

própria vida, igual à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação, ou seja, é um processo constante, ativo e diferencial. Inicia-se muito antes de alcançarmos a idade adulta e constrói-se ao longo da vida (Pina, 2013,p.19, cit por OMS 2005). A idade é um conceito multidimensional, por isso não é considerada uma boa medida para avaliar a evolução humana, pois a idade e o processo de desenvolvimento têm dimensões e sentidos que transpõem as barreiras da idade cronológica (Scheiner e Irigaray, 2014, cit por OMS 2005).

Com o decorrer da vida, desde a infância, passando pela adolescência até a idade adulta e posteriormente a velhice, o corpo passa por inúmeras alterações de desenvolvimento. Sendo que na velhice essas alterações são mais significativas, pois muitas delas são consideradas negativas e de difícil aceitação, não somente pela pessoa, mas porque a sociedade também as considera assim.

Segundo Ribeiro e Paúl (2012) existem conceitos importantes que não devemos de descurar sendo eles os seguintes: *autonomia* (associada ao controlo de vida individual e a capacidade de decisão), *independência* (capacidade de cuidar de si próprio, na manutenção de si e no exercício de competências do mundo), *expectativa de vida saudável* (tempo de vida sem necessitar de cuidados especiais) e *qualidade de vida* (modo complexo em que refere a saúde física, psicológica, o nível de dependência, relações sociais e crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa se encontra inserida).

Ao longo do processo de envelhecimento, as capacidades de adaptação do ser humano vão diminuindo, tornando o mesmo cada vez mais sensível ao meio ambiente que, conforme as restrições implícitas ao funcionamento do idoso, pode ser um elemento simplificador ou um obstáculo para a sua vida (Jacob, 2007). Com o aumento da esperança média de vida, esta promove o aumento de aparecimento de doenças crónicas e de co morbilidade o que se pode refletir posteriormente num aumento de dependência por parte dos idosos.

1.1.2 Evolução demográfica do Envelhecimento

O envelhecimento é um dos fenómenos demográficos mais inquietantes das comunidades modernas do século XXI, uma vez que se trata de um fenómeno também com reflexos de contorno socioeconómico.

Na última década agravou-se a diferença entre jovens e idosos. A União Europeia (U.E.) depara-se com um processo considerável de envelhecimento da população. Segundo previsões em 2060, na União Europeia, haverá apenas duas pessoas em idade ativa (15-64 anos) para cada pessoa com mais de 65 anos, sendo que neste momento a relação é de quatro para uma. (Comissão Europeia 2010). Em Portugal, a proporção da população com 65 anos ou mais, era em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados em 1960, e com os 16% da década anterior. O indicador de envelhecimento da população reflete também esta disposição.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) o envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população revelando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é efeito dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI. Em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, confirma-se em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade).

Segundo Moura (2009:p114) *“durante muito tempo vigorou a ideia de que a explosão demográfica da terceira idade era consequência direta do aumento da esperança média de vida, no entanto, atualmente, sabe-se que o principal fator responsável por este fenómeno é a diminuição da natalidade”*. O envelhecimento é visível no desenvolvimento da estrutura etária da população, este encontra-se relacionado com a diminuição das taxas de fertilidade e de mortalidade e o aumento da esperança de vida. O envelhecimento tem impacto significativo na estrutura etária da população, resultando a partir daí alterações significativas nas necessidades sociais e na atividade económica e política do país (Moura, 2009).

Também Ribeiro e Paul (2012) referem em todo o mundo ocorrerá um aumento dos idosos e um decréscimo da população jovem, mas com ritmos diferentes, ou seja, o envelhecimento

demográfico vai manter-se e agravar-se mesmo que as características sociais e económicas não se mantenham iguais.

Estas alterações demográficas deverão ser geridas pelas sociedades, de forma a racionalizar recursos e encontrar respostas, apresentando assim soluções para enfrentar o envelhecimento das sociedades. Assim uma das principais preocupações dos intervenientes da saúde será melhorar a prática dos cuidados prestados às pessoas idosas. O índice de envelhecimento em Portugal, em 2012 era de 129,4, o que por sua vez, no ano de 2016 verifica-se que o índice aumentou para 148,7 o que comprova o aumento significativo da população idosa entre 2012 e 2016, como podemos observar na tabela 1.

Tabela 1- Índice de Envelhecimento - População residente segundo os censos, por grandes grupos etários, Portugal Continental (2012-2016)

Anos	Rácio - %			Proporção - %		Rácio
	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência jovens	Índice de dependência idosos	Índice de longevidade	Índice de sustentabilidade potencial
2012	129,4	51,7	22,5	29,1	48,7	3,4
2013	133,5	52,2	22,4	29,9	48,9	3,3
2014	138,6	52,8	22,1	30,7	49,0	3,3
2015	143,9	53,2	21,8	31,4	49,0	3,2
2016	148,7	53,8	21,6	32,1	48,8	3,1

Fonte: <https://www.pordata.pt> em 24/05/17

De facto em 2016, o índice de envelhecimento intensificou a prevalência da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos apresentados pelo INE em 2016, mostram que o índice de envelhecimento do país era de 148,7, o que representa que Portugal tem nos dias de hoje um povo mais idoso do que jovem. Também Simões (2006), nos refere que nos últimos anos, se verifica o crescimento do número de idosos no nosso país e, naturalmente, o decréscimo do número de jovens, resultando num duplo envelhecimento da população.

Alguns dos indicadores sobre o envelhecimento são o índice de longevidade, o índice de dependência e o índice de dependência dos idosos. O Índice de longevidade “Compara o peso dos idosos mais jovens com o peso dos idosos menos jovens. É também um indicador de medida do «envelhecimento demográfico».” A fórmula do Índice de longevidade é a seguinte:

$$\left[\frac{\text{População com 75 e + anos}}{\text{População com 65 e + anos}} \right] \times 100$$
 (Demografia a Ciência da População, J. Manuel Nazareth, 2009: 4).

Entendemos como índice de dependência total o que “mede o peso conjunto dos jovens e dos idosos na população potencialmente ativa. Por cada 100 potencialmente ativos existem jovens e idosos. É a soma dos índices anteriores: Índice de dependência dos Jovens + Índice de Dependência dos Idosos.” Fórmula Índice de dependência total: $\left[\frac{\text{População com 0-14 anos} + \text{65 e + anos}}{\text{População com 15-64 anos}} \right] \times 100$ (Demografia a Ciência da População, J. Manuel Nazareth, 2009: 4). Por sua vez, o índice de dependência dos idosos “Compara o peso dos idosos com o peso da população potencialmente ativa. Por cada 100 potencialmente ativos existem idosos.” Fórmula índice de dependência de idosos: $\left[\frac{\text{População com 65 e + anos}}{\text{População 15-64 anos}} \right] \times 100$ (Demografia a Ciência da População, J. Manuel Nazareth, 2009:5).

Em suma o envelhecimento demográfico está a aumentar e implica alterações sociais. Importa também referenciar que o envelhecimento demográfico não é em si um problema social, pois o verdadeiro problema social é composto pela falta e inadequação das soluções da organização social, para sustentar as carências dos idosos e a carência de articulação dessas respostas com a sociedade civil (Calado, 2004). É essencial refletirmos acerca da vasta proporção de indivíduos idosos que não tem acesso à informação e uma localização favorecida, que não usufruam de bens e equipamentos, usualmente instalados nas grandes cidades, para além de viverem com fracas condições económicas.

1.2. A Diabetes

A diabetes mellitus (DM) consiste num dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, não apenas pela sua prevalência e incidência mas também pelo seu impacto económico, pelas suas complicações e pela mortalidade que provoca anualmente (Silva, Ferreira, Cruz, Ricardo, Pereira, Alves & Correia, 2015).

1.2.1 A diabetes tipo 2

A DM tipo 2 é uma doença crónica que surge quando o corpo não consegue produzir insulina suficiente ou não pode usar insulina de forma eficaz (International Diabetes Federation, 2013) e esta tem vindo a aumentar drasticamente nos últimos anos. O termo DM tipo 2 descreve uma desorganização metabólica de etiologia múltipla, assinalada por uma hiperglicémia crónica com perturbações no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, consequentes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas. As consequências da DM a longo prazo, envolvem danos tais como a disfunção e falência de vários órgãos (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012).

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) surge quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue usar eficazmente a insulina produzida. O seu diagnóstico ocorre geralmente após os 40 anos de idade, mas pode aparecer mais cedo, associada à obesidade, principalmente em populações com elevada prevalência de diabetes. A Diabetes tipo 2 pode ser assintomática, esta pode passar despercebida por muitos anos, sendo o diagnóstico muitas vezes realizado devido à manifestação de complicações associadas ou, através de um resultado anormal dos valores de glicose no sangue ou na urina. A Diabetes tipo 2 tem uma forte componente de hereditariedade, mas os seus principais genes predisponentes ainda não foram identificados (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

Também a International Diabetes Federation (2013) acentua o facto de a DMII ser desconhecida pelos utentes durante um longo período de tempo, isto porque os sintomas podem levar alguns anos a aparecer e ser reconhecidos. No entanto, durante esse tempo o organismo está a ser lesado pelo excesso de glicose no sangue. Geralmente, só quando aparecem complicações é que é diagnosticada a doença. Na maior parte dos casos, as pessoas antes de desenvolverem diabetes tipo 2, têm pré-diabetes, ou seja, níveis de glicose no sangue que são mais altos do que o normal, mas ainda não o suficiente para ser diagnosticado como diabetes.

Segundo a American Diabetes Association (2014), a DM tipo 2 é uma denominação utilizada para as pessoas que têm uma deficiência de insulina e, frequentemente, são resistentes à ação da insulina, de que não necessitam para sobreviver. Verifica-se que em alguns indivíduos que a ação da insulina é normal mas sua secreção é deficiente. A sensibilidade à insulina pode ser

aumentada, apesar de não regularizar, através da redução do peso corporal, aumento da atividade física e/ou tratamento farmacológico da hiperglicémia. A maioria dos utentes com este tipo de DM são obesos, o que provoca ou agrava insulinoresistência. Muitos destes utentes que não são obesos, podem apresentar uma percentagem de gordura corporal aumentada e distribuída, essencialmente na região abdominal (American Diabetes Association, 2014).

A diabetes mellitus consiste num dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, não apenas pela sua prevalência e incidência, mas também pelo seu impacto económico, pelas suas complicações e pela mortalidade que provoca anualmente (Silva, Ferreira, Cruz, Ricardo, Pereira, Alves & Correia, 2015). O conhecimento da pessoa com DMII, acerca da sua doença e aspetos relacionados com o tratamento, têm sido vistos como fundamentais para a gestão desta doença crónica tão complexa (Videira, 2011).

1.2.2 Epidemiologia da diabetes

Segundo Duarte (2002), quando definimos o predomínio de uma doença como o número de casos presentes numa determinada população, num determinado momento, estamos a determinar a prevalência de uma doença, sendo geralmente medida como uma proporção. Torna-se árduo estimar a prevalência da diabetes mellitus, pois esta doença é muitas vezes assintomática. Por outro lado *“A diabetes mellitus apresenta variações de incidência e prevalência nas várias regiões do mundo, com um crescimento progressivo em todas elas, sendo que a sua maior prevalência se situará no grupo etário acima dos 45 anos”* (DGS, 2008:7).

No ano de 2015 o predomínio estimado da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, 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 predomínio da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um aumento na ordem dos 13,5% (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

Prevê-se que sejam diagnosticados por ano em Portugal, entre 500 e 700 novos casos de diabetes por 100 000 habitantes. De acordo com o Observatório Nacional de Diabetes (2009) a taxa de incidência global da população total em 2005/06 eram de 718 novos casos por 100 000 habitantes. Já Duarte (2002), refere que se verifica que a forma mais comum de apresentação da Diabetes Mellitus é a diabetes do tipo 2, à qual correspondem cerca de 90 a 95% das situações de diabetes. O número crescente de pessoas diabéticas torna-se um enorme desafio para os serviços de saúde, especialmente numa altura em que a contração económica levanta questões relativas à sustentabilidade das práticas tradicionais de prestação de cuidados (Nunes, 2013).

1.2.3 Diabetes nas pessoas idosas

A diabetes é uma das patologias mais evidentes na população de idade avançada, estando presente em pelo menos 20% dos indivíduos com mais de 65 anos. Este grupo etário tem maior taxa de mortalidade precoce, incapacidade funcional e doenças coexistentes nomeadamente pelas suas complicações como a hipertensão e acidente vascular cerebral que os indivíduos sem diabetes (ADA, 2006).

É importante conhecer o contexto familiar e social em que o idoso diabético se encontra inserido, bem como a presença de fatores físicos e psíquicos relacionados com a sua idade avançada. É importante saber se este vive só e tem de preparar a sua alimentação e gerir a sua medicação, bem como a sua disponibilidade económica. Também é importante conhecer o seu estado psíquico, pois muitas vezes o idoso encontra-se deprimido pela solidão, devido à perda de familiares e amigos. (Duarte, 2002). Para Caldeira (2002), a educação é o elemento chave para o tratamento e prevenção da diabetes, pois a educação do diabético é essencial para a obtenção de um equilíbrio metabólico, o que só se consegue com a colaboração do utente no controlo da sua patologia.

Fatores como a hereditariedade, as alterações funcionais relacionadas com a idade, uma adoção de estilo de vida menos saudável, nível de conhecimento e valores culturais, hábitos alimentares inadequados e diminuição do exercício físico, contribuem para a progressão da

doença. São observados então, perdas na capacidade funcional, na autonomia e no conforto da pessoa idosa, contribuindo também para incidência de complicações da doença (ROSA et al., 2016).

Os idosos são mais propensos a ter comorbilidade, o que tem um impacto direto na gestão da diabetes e os subsequentes resultados na saúde, pelo que o tratamento e os cuidados de saúde que os idosos com diabetes precisam são diferentes dos indivíduos mais jovens. A apresentação da diabetes nos idosos é muitas vezes não específica e a hiperglicemia tende, pelo menos inicialmente, menos elevada do que nas pessoas mais jovens, podendo ser até completamente assintomática (Jack et al., 2004).

Muitos idosos não apresentam a tríada poliúria, polidipsia e polifagia. Por vezes é o doseamento sistemático da glicémia que diagnostica a Diabetes. O quadro clínico pode ser insidioso com perda de peso, fadiga ou anorexia intensa. O prurido em particular o vulvar, as infeções urinárias e/ou incontinência, podem ser queixas comuns. Os sintomas também podem manifestar-se através de complicações como diminuição de visão, catarata; doença renal progressiva; manifestações de arteriosclerose: enfarte do miocárdio; manifestações neurológicas: paralisia ocular transitória e nevralgia crural e também através de micoses e outras infeções cutâneas (Oliveira e Soares, 2013).

Os mesmos autores referem que o pé diabético é um dos principais problemas do diabético idoso, o que é responsável maioritariamente pelos múltiplos internamentos hospitalares. Este resulta da junção de vários fatores: doença arterial obstrutiva, alteração neuro vascular e infeções secundárias. O idoso apresenta dificuldade em cuidar dos pés e unhas, uma vez que apresenta diminuição da sensibilidade térmica e dolorosa e pela maior frequência de artroses deformantes dos membros inferiores é mais suscetível ao aparecimento de lesões dos pés. Estas lesões podem ser devastadoras. Cerca de 50% dos homens e 80% das mulheres com gangrena são diabéticos (Oliveira e Soares, 2013).

Os idosos com diabetes incluem-se no grupo dos doentes com quadros crónicos e necessitam de ter capacidade para o autocuidado, para gerir problemas no seu domicílio, relacionados com um cuidado e tratamento integrados e planeados, que presumam prevejam e respondam às suas necessidades de modo a que quaisquer alterações possam ser rapidamente

resolvidas antes de evoluírem para uma situação aguda (Jack et al., 2004; Internacional Council of Nurses, 2010)

1.3 Literacia Em Saúde- Intervenção Do Enfermeiro

A literacia em saúde envolve uma diversidade de capacidades dos indivíduos face a decisões relacionadas com a saúde. O acesso que cada pessoa tem à informação, a sua compreensão e avaliação, determinam formas de interação com os sistemas de saúde, tanto na promoção da saúde como na prevenção da doença ou nos próprios cuidados de saúde, através da tomada de decisão consciente e informada, colaborando de forma positiva ou negativa para atingir um bom estado de saúde (Marques,2015).

A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é evidente em todas as idades, desde a infância à velhice. Investigadores nos campos da saúde e da educação consideram a literacia em saúde como um percurso que liga a educação a resultados na saúde (Canadian Council on Learning, 2007).

1.3.1 Literacia em saúde

A literacia em saúde (LS) constitui um aspecto importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde. No entanto, existe ainda necessidade de estudar formas de desenvolver a mesma, e fazer com que consista uma verdadeira influência nos cuidados de saúde. (Entwistle e Williams,2008). Estes autores mencionam ainda, que até ao momento, a avaliação da literacia em saúde tem-se focado essencialmente na capacidade que os indivíduos mostram em ler materiais escritos, e em como esta dificuldade afeta o seu dia-a-dia no que diz respeito às situações relacionadas com a saúde. Propõem que não se deve considerar apenas na literacia

em saúde as competências de leitura mas também a numeracia, as competências de fala e audição e os conhecimentos conceptuais e culturais (Entwistle e Williams,2008).

Posteriormente, Berkman et al. (2010) sugerem pequenas modificações referindo que a LS é como um grau, e que os indivíduos são capazes de obter, processar, compreender e comunicar acerca de informação relacionada com a saúde, de forma a tomarem decisões de saúde informadas.

A LS tem impacto no estado de saúde, na demografia, em fatores psicossociais, sociopolíticos e culturais da sociedade, segundo Zarcadoolas (2005), acaba por ser um conjunto de capacidades e competências desenvolvidas que possibilitam compreender, avaliar e aproveitar a informação e conceitos de saúde de forma a executar escolhas informadas, reduzir riscos para a saúde e aumentar a qualidade de vida.

Desta forma, podemos chegar a um conceito que seja mais abrangente e que procura reunir a essência de diferentes definições da mesma, a literacia em saúde interligada com a literacia e que engloba o conhecimento individual, motivação, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, possibilitando a capacidade crítica e de decisão em assuntos relacionados com cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e que possibilita a manutenção e/ ou melhoria da qualidade de vida (Sørensen et al., 2012).

Já Luís (2010) defende que a Literacia em Saúde é a capacidade que a pessoa tem para conseguir, interpretar e compreender a informação básica de saúde e serviços de uma forma que seja promotora de saúde. O autor refere que a LS é mais do que ser capaz de transmitir informação pois inclui também a aquisição de competências em adquirir essa informação e aplicá-la à sua própria realidade do dia-a-dia. Pode-se assim dizer que estabelece uma capacidade a ativar quando a pessoa interage no contexto da saúde – com organizações, profissionais de saúde – considerando-se uma perspetiva que abrange todo o sistema de saúde (Reis, 2010).

Segundo o mesmo autor (Luís, 2010), o nível de LS de uma pessoa, é dependente de diferentes experiências e vivências da vida: a educação, as capacidades individuais, infância, o envelhecimento, as condições de vida pessoal, familiar e de trabalho, as diferenças de género, a cultura e a linguagem. De um modo geral, observa-se que o aumento da LS é da obrigação de

toda a sociedade. A literacia em saúde para além de facilitar a comunicação clara entre o sistema de saúde e o utente, permite a compreensão da condição clínica e a melhor forma de tratá-la. A sua existência torna-se crucial nos cuidados de saúde primários, pois à medida que a idade aumenta, aumenta também o risco de aparecimento de doenças crónicas, estando estes problemas diretamente relacionados com inadequada Literacia em Saúde (Kobylarz et al., 2006).

1.3.2 Os enfermeiros e os conhecimentos sobre diabetes nos idosos

Segundo a OE (2011), a saúde de cada pessoa depende de múltiplos aspetos, particularmente do seu projeto de vida, dos comportamentos e estilos de vida que decide seguir. Espera-se que na sociedade atual que todos possuam meios e recursos que lhes possibilitem desenvolver capacidades e competências para traçar um caminho pessoal e coletivo em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

O conhecimento que a pessoa com diabetes apresenta afeta a sua competência para desenvolver um adequado autocuidado, o nível de conhecimentos tem sido relacionado com a adoção de comportamentos de autocuidado e com o alcance de resultados adequados esperados após os ensinamentos realizados. (Jackson, Adibe, Okonta & Ukwe, 2014). A Educação para a Saúde, surge como um meio facilitador deste trajeto, no sentido de preparar as pessoas para um papel ativo na saúde. Um dos seus principais objetivos é capacitar as pessoas para a tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam aptas para colaborar nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis.” (OE, 2011)

As estratégias com foco na educação em saúde, ligadas à valorização dos conhecimentos das pessoas sobre as doenças crónicas e o seu tratamento, são essenciais nas práticas dos profissionais de saúde (Alves, Araújo, Nascimento, Ribeiro, Rebouças, Santos & Oliveira, 2016). O ensino de novos saberes faz parte integrante da educação, mas não é a sua essência. A essência da educação é o treino do comportamento até à criação do hábito (Caldeira, 2002).

Também Pender refere que é necessário promover comportamentos saudáveis, resultando numa melhoria na saúde, na capacidade funcional e numa maior qualidade de vida de toda a comunidade (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Para Gallego (2007) a maior parte das doenças crónicas, implicam a responsabilização do doente, e apoio da sua família, para uma prevenção e tratamento eficazes. O mesmo autor refere que é importante conhecer a imagem do idoso com doença crónica como indivíduo no seu meio social, bem como saber a representação da doença crónica para o utente e respetiva família. Deve existir uma negociação prévia de objetivos de tratamento, sendo importante ensinar e treinar de forma persistente, adequada e lógica com prioridades, definidas em relação ao problema e às aptidões do utente diabético, tudo isso possibilitando centrar, no utente o conhecimento e o treino terapêutico para o autocontrolo e tratamento dos seus problemas.

O mesmo autor (Gallego, 2007), menciona que a informação deve ser transmitida com linguagem simples, com o objetivo de obter o melhor e maior grau de retenção. A informação deve ser cuidadosamente selecionada, e a duração de uma sessão não deve nunca superar os 35 minutos. O material de apoio, a utilizar, deve ser cuidadosamente escolhido, para que se adequa ao tema e principalmente aos utentes. Os folhetos informativos podem ser cedidos à família dos que não os podem consultar (analfabetos e/ou com alterações visuais). (Gallego, 2007)

Já Heide, Heijmans, Shuit e Rademakers (2015) referem que existe a necessidade de serem desenvolvidas iniciativas para o fortalecimento e melhoria do papel dos utentes nos cuidados de saúde, centrando-se na atenção nos utentes, sendo esta uma literacia em saúde especificamente funcional e interativa. O uso de jogos na educação para a saúde, deve ter em conta a menor capacidade de abstração do idoso, pelo que se deve usar de preferência material facilmente reconhecido.

Ao refletirmos acerca dos cuidados de enfermagem, temos necessidade de analisar as áreas em que os mesmos podem ser prestados, tendo em conta o cuidar. Segundo Collière, (1999) torna-se bastante evidente a diferenciação entre o cuidar – que se centra no indivíduo como um todo, e o curar, que se centra no tratamento da doença. Também Moniz (2003) menciona que em enfermagem o cuidar está presente na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com as famílias ou comunidade. Esta interação leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo identificar diferenças entre as pessoas e, assim, prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada.

Segundo Kérouac et al, citado por Lopes (2006:22), os cuidados de enfermagem, são compreendidos como um processo interativo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lhe prestar. Este último papel é assumido pelo enfermeiro que, como forma de se capacitar para ajudar a outra pessoa, necessita de clarificar os seus próprios valores. Isso permite-lhe usar a sua própria pessoa de modo terapêutico e comprometer-se nos cuidados que presta (Lopes, 2006). A educação para a saúde é, possivelmente, o pilar fulcral no tratamento do doente com DM (Couto, 2006). É de salientar que a educação em saúde ao utente com DM2 deve ser um processo contínuo, de modo a promover a motivação entre os doentes bem como para os consciencializar das possíveis complicações que possam surgir por um tratamento inadequado (Machado, et al., 2013).

A educação é, segundo Gouveia, citado por Portero & Cattalini (2005), um processo que tem como objetivo capacitar a pessoa a agir conscientemente perante novas situações que ocorram ao longo do seu percurso de vida, tendo em conta as experiências anteriores, segundo as necessidades de cada um. Os mesmos autores referem que para se alcançarem resultados positivos no tratamento e no controlo da DM, o utente deve, em primeira instância, ser consciencializado acerca de todos os aspetos intrínsecos à doença, sendo, portanto, muito importante a educação.

A Organização Mundial de Saúde (2011), defende que é essencial capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento. Educar as pessoas para a saúde é, então, criar condições para que adquiram competências necessárias para realizarem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. A mudança ocorre quando no processo de Educação para a saúde os interesses e necessidades da pessoa, família e sociedade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Todo este processo necessita dinâmica ao nível do planeamento (OMS, 2011)

Segundo a OE (2011), a Educação para a Saúde surge como um meio facilitador deste percurso, no sentido de preparar as pessoas para um papel ativo na saúde. Logo, um dos seus objetivos principais é ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, comprometendo-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam capacitadas para participarem nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

Como enfermeiros devemos responsabilizar-nos por avaliar os métodos e recursos utilizados na ação de Educação para a Saúde, realizando a sua alteração, caso não resultem. É essencial compreender as necessidades de saúde da comunidade e para tal não basta informar. É primordial educar, transmitir conhecimentos adequados para a saúde do utente/ comunidade, sendo para tal necessário transmitir as informações sistematizadas como os ensinamentos pontuais ou ações de Educação para a Saúde em grupo. Contudo, é também importante instruir as pessoas de modo a dar oportunidade ao utente/ família/ comunidade de otimizar a sua saúde com o objetivo de obter os melhores resultados em termos de saúde (Cruz, 2011)

É importante referenciar que a educação em saúde e a promoção do autocuidado são uma mais-valia na promoção da saúde no entanto deve ser preferencialmente providenciada por uma equipa multidisciplinar, especializada de modo a possibilitar altos padrões de qualidade nos cuidados. (Macedo, 2016). Segundo a mesma autora, deve-se ter sempre presente estratégias a utilizar, e reforçar de modo a fomentar a autonomia, ressaltando que esta deve ser progressiva de modo a que a pessoa que possa tomar decisões responsáveis.

A Diabetes é uma doença complexa e com um tratamento multifacetado que necessita da intervenção e dedicação da própria pessoa. Tem complicações graves a longo prazo, e é no sentido de as prevenir que os enfermeiros desenvolvem programas de ensino para a educação da pessoa diabética, e na pessoa com risco de ser portadora de diabetes. Assim os enfermeiros necessitam de ser agentes de mudança no sentido de lhes facultar todos os esclarecimentos e cuidados a ter face à doença, para prevenir o aparecimento da mesma e caso já exista, o aparecimento das complicações, envolvendo-os no seu processo de autocuidado. A decisão de adoção de estilos de vida saudáveis cabe, pelo menos em grande medida, às próprias pessoas, antes de se confrontarem com o diagnóstico da diabetes. É neste contexto, que importa investir na melhoria das estratégias de como dar um maior conhecimento à comunidade acerca desta doença (Marques, 2014).

É importante perceber se os doentes são capazes de compreender as informações que recebem relativamente a mudanças de estilos de vida saudáveis e se apresentam condições tanto económicas como emocionais para cumpri-las. Para isso, torna-se essencial, por parte dos profissionais de saúde, adotarem diferentes abordagens de atuação, conforme cada pessoa, a sua idade, o seu nível de escolaridade e também o género (Marques, 2014).

1.3.3 Modelo da promoção da saúde de Nola Pender

O modelo teórico de promoção da saúde de Pender, foi desenvolvido na década de 80 do século XX por Nola J. Pender, professora na Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan - Estados Unidos. O modelo nasce como uma proposta para associar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, e que motivam as pessoas a aderirem a comportamentos promotores de saúde (Pender, 2011).

De acordo com esta teórica, o conceito de promoção de saúde passou de um objetivo para um processo que auxilia a realização de determinado objetivo, no sentido de promover a proteção da saúde e um nível elevado de bem-estar. Este modelo para além de explicar os comportamentos de prevenção da doença, identifica quais os comportamentos que os indivíduos podem adotar para melhorar a saúde, ao longo da vida. As fontes teóricas em que Pender baseou a sua teoria assentam na perspetiva da enfermagem holística, na psicologia e sociologia. O seu modelo foi testado relativamente à sua capacidade de predição para a promoção da saúde, do exercício, práticas de nutrição, entre outros, tendo obtido resultados positivos (Sakraida, 2004).

Segundo a autora o processo de promoção de saúde engloba três vertentes: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde. O objetivo principal deste modelo é promover comportamentos saudáveis, resultando numa melhoria na saúde, na capacidade funcional e numa maior qualidade de vida de toda a comunidade (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

É defendido por Pender (1982; 2011) que a promoção de saúde tem uma influência multifatorial, particularmente pelas características e experiências pessoais, o afeto relacionado com o comportamento, as influências interpessoais e situacionais, o compromisso com um plano de ação e as exigências de competição.

Do modelo de promoção da saúde, de Nola Pender (2011) surgem alguns princípios com importância para o exercício profissional dos enfermeiros, no que se refere à promoção da saúde à pessoa portadora de diabetes. Verifica-se que o comportamento anterior e as características individuais, adquiridas anteriormente, influenciam as crenças das pessoas e o seu

envolvimento no comportamento de saúde ou no comportamento de adesão desejado (Guerra, 2012).

Também se afirma no mesmo modelo (Guerra, 2012) que os indivíduos se comprometem mais facilmente com comportamentos dos quais prevêem benefícios; os obstáculos compreendidos dificultam todo o processo que leva ao comportamento desejado; a autoeficácia compreendida aumenta a probabilidade de compromisso com a adoção do comportamento. Nola Pender defende que quanto maior a autoeficácia menos barreiras percebidas, existindo uma maior probabilidade de adotar o comportamento pretendido, sendo que as emoções positivas relacionadas com determinado comportamento aumentam a autoeficácia, e esta vai aumentar a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde. Para a teórica a família, e os profissionais de saúde, podem influenciar de forma positiva ou negativa a adoção de comportamentos de promoção de saúde; quanto maior o compromisso da pessoa com determinado comportamento maior a possibilidade de o conservar ao longo do tempo (Guerra, 2012).

A nossa preferência pelo modelo de Nola Pender prende-se com o facto de este modelo descrever a natureza holística dos indivíduos em interação com o meio onde estão incluídos, no seu processo de procurarem ter comportamentos promotores de saúde. Por outro lado em todos os processos que envolvam a promoção da saúde o enfermeiro terá que ter em conta todos os factores descritos neste modelo pois eles vão influenciar a adesão a comportamentos promotores de saúde.

2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

Segundo Pradanov e Freitas (2013), a Metodologia é compreendida como uma disciplina que estuda, alcança e avalia os vários métodos disponíveis para a investigação.

A Metodologia, tem como objetivo examinar, relatar e avaliar os métodos e técnicas de pesquisa que simplificam a recolha e análise da informação, visando a resolução de problemas e/ou questões de investigação.

Para Pradanov e Freitas (2013), a investigação científica depende de um conjunto de procedimentos para que os seus objetivos sejam alcançados: os métodos científicos. Método científico é o conjunto de processos que devemos aplicar na investigação. Mencionam ainda os mesmos autores que o Método é a forma de pensar para chegarmos à natureza de determinado problema, quer seja para estudá-lo ou explicá-lo e a pesquisa o modo científico para obter o conhecimento.

2.1. Planeamento em Saúde

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto foi a de planeamento em saúde. Segundo os autores Imperatori e Giraldes (1993) o planeamento divide-se em três grandes fases importantes: 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.

Já Stanhope & Lancaster (2011), defendem que o planeamento em saúde é a identificação e elaboração (com recursos existentes) de meios e métodos para fornecer no futuro, cuidados de saúde eficientes e pertinentes para carências de saúde identificadas para uma população definida. O objetivo do planeamento de saúde é manter e aperfeiçoar o estado de saúde de uma determinada comunidade, através da prestação de serviços de saúde acessíveis, eficientes, equitativos e de qualidade para certificar a sua utilização adequada. (Stanhope &

Lancaster,2011). O processo de Planeamento em Saúde tem por base o Diagnóstico de Situação de Saúde de uma certa comunidade/grupo, com o objetivo primordial de conhecer os seus problemas de saúde.

O Diagnóstico da situação corresponde ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade, consistindo um pré-requisito necessário ao prosseguimento das etapas seguintes (Stanhope & Lancaster,2011).

O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades.” (Imperatori e Giraldes 1993) Segundo Imperatori e Giraldes (1993, pag.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 (Imperatori e Giraldes, 1993). A Definição de Prioridades é a segunda fase da metodologia do Planeamento em Saúde. Esta nasce de uma necessidade de planeamento onde, de acordo com a pertinência de problemas reconhecidos, e tendo em conta uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a alcançar, é indispensável a priorização de problemas. Desta forma será possível definir quais os problemas que se devem tentar resolver primeiro (Tavares, 1990). Segundo Imperatori e Giraldes (1993:64)

“A existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes e sobre maneiras diferentes de resolver o mesmo problema, ou de outro modo o que deve ser resolvido e como deve ser resolvido.”

Os mesmos autores (Imperatori e Giraldes 1993), referem que na definição de prioridades dever-se-á ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação. O primeiro é o tempo para que estamos a programar, e o segundo por sua vez obriga a pensar em prioridades nacionais, regionais, concelhias, etc. Ainda na mesma linha de pensamentos, os autores defendem que a definição de prioridades para uma área local não deverá exceder 4 ou

5 campos de intervenção. Realizada a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à terceira etapa do planeamento em saúde: fixação de objetivos (Imperatori e Giraldes,1993). Para Nogueira (2005), na fixação de objetivos é necessário que os problemas identificados sejam expostos de forma concisa de modo a delimitar o problema que o projeto visa resolver, para que possa ser clara a formulação dos objetivos. Na mesma linha de pensamento, o mesmo autor refere que é possível relacionar o número de objetivos específicos com o objetivo geral, sendo necessário primeiro traçar o geral e só depois desenvolver os específicos.

Nesta fase também segundo Imperatori e Giraldes (1993) devemos selecionar os indicadores de problemas de saúde prioritários que melhor traduzem a dimensão atual dos problemas identificados. Para Imperatori e Giraldes (1993:77) “um indicador é sempre a relação entre uma situação específica e uma população em risco”, sendo que esta situação específica poderá ser uma atividade desenvolvida ou um resultado esperado.

Já quanto à estratégia *“Pode definir-se estratégia de saúde como um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”*. (Imperatori e Giraldes,1993:87).

Para Imperatori e Giraldes, (1993), a definição de uma estratégia de saúde deve realizar-se de forma razoavelmente detalhada para os responsáveis pela decisão consigam apreciá-la. Em bastantes casos, o estudo pormenorizado de uma estratégia poderá conduzir à revisão dos objetivos fixados por demonstrar a falta de recursos humano, materiais, e financeiros. Após esta é a fase de formulação de programas ou projetos.

Seguem-se as fases de preparação da execução que incluem a seleção de atividades, o cronograma, seguindo a implementação/intervenção e a avaliação (Imperatori e Giraldes,1993).

2.2. Avaliação dos Conhecimentos sobre Diabetes

Para avaliar os conhecimentos dos idosos sobre diabetes foi realizado um estudo descritivo de caráter exploratório. A população alvo foram os idosos diabéticos e não diabéticos de Vila do Bispo, tendo sido selecionada uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 51 idosos diabéticos e não diabéticos do Concelho da Vila do Bispo, utentes da UCSP de Vila do Bispo e ERPI de Vila do Bispo. O instrumento de colheita de dados aplicado foi o questionário “Conhecimentos sobre a Diabetes” (tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire-DKQ-24), cuja utilização foi autorizada pela autora.

O tratamento e análise dos dados foram realizados com recurso a análise estatística, e a mesma envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial.

2.3. Questões Éticas

As considerações éticas supõem a exigência de respeito por determinados valores: autonomia, a igualdade e a justiça. É de referir que o projeto “Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em pessoas idosas” foi aprovado em Comissão de Ética do Algarve, após o nosso pedido. (ANEXO II)

Foi garantido aos participantes deste estudo a confidencialidade dos dados, o anonimato, existindo sempre da nossa parte disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. Existia anexado a cada questionário um consentimento informado para o participante ler e assinar. De ressaltar que antes da aplicação do questionário foram explicados os objetivos do mesmo, garantindo o anonimato bem como que os dados seriam apenas utilizados para este estudo, e afirmou-se também a não obrigatoriedade de resposta ao questionário.

Também foi feito pedido ao provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo, responsável pela ERPI de Vila do Bispo, para implementação do nosso projeto, tendo também o

parecer positivo do mesmo. Foi também realizado e enviado um pedido de parecer sobre o projeto para a Comissão de Ética da Universidade de Évora, tendo o mesmo obtido parecer positivo para a sua realização. Foi igualmente solicitada a autorização da autora do questionário de conhecimento da diabetes, onde obtivemos o parecer positivo para a aplicação do mesmo neste estudo. (ANEXO IV)

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Neste capítulo explicita-se o diagnóstico da situação de saúde, primeiro passo no planeamento em saúde, cujo processo envolveu pesquisa documental e reunião com a enfermeira orientadora no local de Estágio, no sentido de estudar e discutir as problemáticas de saúde existentes. O nosso diagnóstico de situação inseriu-se numa das áreas de investigação previstas para o Mestrado em Enfermagem - Ramo de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Envelhecimento”, focado nas problemáticas deste grupo etário.

3.1 Caraterização Geodemográfica e de Saúde

Devido à distância entre as diversas freguesias e a população não estar uniformemente distribuída, a recolha de informação para caracterizar esta população tornou-se um pouco árdua, foi-nos então facultado pela Enfermeira Orientadora o plano de ação de 2017-2020, o que facilitou a recolha de informação acerca do concelho de Vila do Bispo.

O concelho de Vila do Bispo situa-se região do Algarve, na zona geográfica pertencente ao Barlavento Algarvio. Este concelho tem uma superfície de 179,06 km² de área, e tinha, em 2012, 5 258 habitantes (INE 2012), número esse que decresceu para 5206 habitantes em 2015 (INE, 2017), estando subdividido em 4 freguesias. O município é limitado a norte pelo município de Aljezur, a nordeste por Lagos e a sul e oeste tem litoral no oceano Atlântico.

Figura 1- Localização de Vila do Bispo



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

3.1.1 Dados demográficos e indicadores de saúde

Segundo o Plano de ação 2017-2020 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, 2015), 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 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.

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

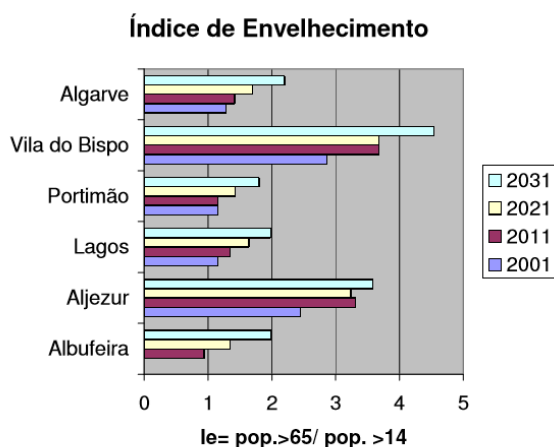
Gráfico 1- Densidade Populacional



Fonte: Plano de ação 2017-2020 do ACES BARLAVENTO

De acordo com o gráfico o Concelho de vila do Bispo, irá ter um aumento de população até 2031 de cerca de 53 %, enquanto a região do Algarve irá ter um aumento da população na ordem dos 79%, (Prot Algarve, 2004). Verifica-se no gráfico abaixo que a tendência da população envelhecer é mais prevalente no Concelho de Vila do Bispo do que noutros concelhos do Barlavento Algarvio (Plano de ação 2017-2020 Vila do Bispo)

Gráfico 2- índice de Envelhecimento no Algarve

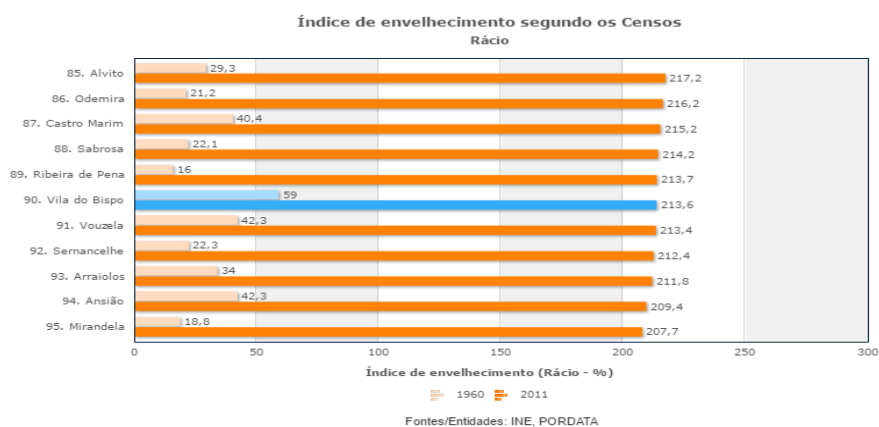


Fonte: PROTALGARVE, Plano Regional de Ordenamento do Território, Volume II, anexo N, 2004

Fonte: <http://www.protalgarve.pt>

Verifica-se assim que no ano de 2031 os concelhos que apresentam os índices de envelhecimento mais elevados são Vila do Bispo e Aljezur, apresentando valores superiores a 3.

Gráfico 3- índice de Envelhecimento de Vila do Bispo



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

Segundo o gráfico acima, verifica-se que existiu um aumento drástico do índice de envelhecimento desde o ano 1960 até ao ano de 2011, passando de 59% para 213,6%, daí a importância e o interesse também pelo tema escolhido.

Segundo a DGS (2014), a utilização de indicadores de saúde possibilita o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não proporcione o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita a sua compreensão.

O Plano Nacional de Saúde (DGS, 2014) refere quatro grupos de Indicadores de Saúde: Estado da Saúde, Determinantes, Desempenho do Sistema de Saúde e Contexto. Sendo os indicadores do Estado de Saúde os que possibilitam analisar o quão saudável é a população através de dimensões como: mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar; já os Indicadores dos Determinantes de Saúde facilitam o conhecimento dos fatores que persuadem o Estado de Saúde e o uso dos cuidados de saúde: condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais; os Indicadores do Desempenho proporcionam a monitorização através de múltiplas dimensões: aceitabilidade, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade; e os Indicadores de Contexto que por sua vez apresentam determinantes individuais, informação essencial para a saúde. Podemos verificar na tabela abaixo que alguns dos principais indicadores de saúde segundo o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) estão relacionados com o envelhecimento, nomeadamente o índice de envelhecimento, o índice de dependência de idosos, o índice de longevidade, a população residente com mais de 85 anos e outros.

Tabela 2- Indicadores de Saúde

		2012	2013	2014	2015	2016
POPULAÇÃO	População residente (× 1.000)	10.487,3	10.427,3	10.374,8	10.341,3	10.317,9
	População Residente com mais de 85 anos (n°)	244.289	253.332	261.597	171.662	n.d.
	Proporção da População Residente com mais de 85 anos (%)	2,32	2,42	2,52	1,66	n.d.
	Índice de dependência total	51,9	52,5	53,0	53,4	n.d.
	Índice de dependência de jovens	22,5	22,3	22,0	21,7	n.d.
	Índice de dependência dos idosos	29,4	30,3	31,1	31,8	n.d.
	Índice de juventude	76,3	73,5	70,8	68,2	n.d.
	Índice de envelhecimento	131,1	136,0	141,3	146,5	n.d.
	Índice de longevidade	48,9	49,0	49,1	49,0	n.d.
	Índice de renovação da população em idade ativa	88,8	86,2	83,5	81,3	n.d.

FONTE: [HTTPS://WWW.DGS.PT/PORTAL-DA-ESTATISTICA-DA-SAUDE/PRINCIPAIS-INDICADORES.ASPX](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/principais-indicadores.aspx)

3.1.2 Recursos de saúde

Os serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) existentes em Vila do Bispo, integram-se no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Barlavento Algarvio. A UCSP de Vila do Bispo é constituída pela sede, que se situa na freguesia de Vila do Bispo e três extensões localizadas em Sagres, Vila do Bispo e Barão de São Miguel. A sede foi inaugurada em 1998 (Plano de acção 2017-2020 de Vila do Bispo).

A UCSP Vila do Bispo tem como missão certificar a prestação de cuidados de saúde primários, integrados, personalizados e sustentados, de primeira linha, de forma a garantir à população da sua área geográfica de influência uma vida mais saudável, com maior qualidade, garantindo acessibilidade, generalidade e continuidade dos cuidados.

Segundo o Plano de ação 2017-2020 de Vila do Bispo, os valores pelos quais se pauta a atuação da UCSP Vila do Bispo integram-se na Humanização, Integração, Respeito, Competência, Disponibilidade e Responsabilidade Social, bem como Inovação e Qualidade.

Esta UCSP é um conjunto de unidades funcionais com aptidão para prestação de cuidados de saúde primários, personalizados, garantindo acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos, intervindo no âmbito de indivíduos e famílias, englobando ações de carácter preventivo e promoção da saúde, curativo (diagnóstico, tratamento e referência aos níveis diferenciados) e cuidados de reabilitação.

A UCSP Vila do Bispo exerce a sua atividade no concelho de Vila do Bispo recebendo utentes das freguesias de Vila do Bispo e Raposeira, Sagres, Budens e Barão de São Miguel.

O número de utentes a inscrever é o previsto legalmente ou negociado com o ACES Barlavento, por conveniência de serviço ou impedimento justificado. Aos utentes inscritos é atribuído Médico de Família, procurando, sempre que possível, respeitar a sua livre escolha (Plano de ação 2017-2020 Vila do Bispo)

Não existem em Vila do Bispo serviços privados de prestação de cuidados de saúde.

3.1.3 A diabetes - situação no distrito e no concelho

Devido á indisponibilidade, do plano de ação do ACES e ARS Algarve de anos anteriores recentes, foram efetuadas várias pesquisas, e os dados mais recentes encontrados, são os que se apresentam na tabela abaixo, referente ao ano de 2009, onde se pode encontrar o número de diabéticos da Região de Saúde do Algarve.

Tabela 3- Diabético identificados no SINUS- Algarve

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	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: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp>

content/uploads/2016/12/Anexo_1_caracterizacao_dos_Diabeticos_ARSA Algarve.pdf

Na tabela abaixo verifica-se que existe uma elevada prevalência de diabéticos em Vila do Bispo, sendo também uma das razões para o interesse por esta problemática neste concelho.

Tabela 4- Prevalência da Diabetes- Barlavento Algarvio

REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE - PREVALÊNCIA DA DIABETES, POR ACES, GRUPO ETÁRIO E SEXO (31/12/2009)																		
Agrupamentos Centros de Saúde	0-19			20-39			40-59			60-75			≥ 76			Total Inscritos		
	M	H	MH	M	H	MH	M	H	MH	M	H	MH	M	H	MH	M	H	MH
ACES BARLAVENTO	0,1%	0,1%	0,1%	0,5%	0,5%	0,5%	3,3%	4,3%	3,8%	11,0%	12,8%	11,9%	10,6%	11,4%	10,9%	3,9%	4,2%	4,1%
Aljezur	0,2%	0,2%	0,2%	0,8%	0,4%	0,6%	4,7%	4,4%	4,6%	13,6%	12,9%	13,2%	9,8%	10,9%	10,3%	5,6%	5,2%	5,4%
Lagoa	0,2%	0,2%	0,2%	0,5%	0,6%	0,5%	4,3%	5,0%	4,7%	12,8%	14,1%	13,4%	14,5%	13,9%	14,2%	4,5%	4,6%	4,5%
Lagos	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%	0,3%	0,3%	2,4%	2,7%	2,6%	9,3%	9,9%	9,6%	9,9%	10,8%	10,3%	3,1%	3,0%	3,1%
Monchique	0,2%	0,2%	0,2%	0,7%	0,7%	0,7%	3,8%	5,8%	4,9%	10,8%	10,4%	10,6%	9,5%	8,4%	9,0%	5,1%	5,1%	5,1%
Portimão	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%	0,5%	0,4%	3,4%	5,1%	4,2%	11,8%	15,3%	13,5%	11,9%	14,1%	12,8%	3,9%	4,8%	4,3%
Silves	0,1%	0,2%	0,1%	0,6%	0,4%	0,5%	2,8%	3,9%	3,4%	8,9%	10,9%	9,8%	7,6%	8,7%	8,1%	3,4%	3,8%	3,6%
Vila do Bispo	0,2%	0,0%	0,1%	0,6%	0,6%	0,6%	4,6%	4,5%	4,5%	16,9%	14,5%	15,7%	14,3%	11,6%	13,1%	6,4%	5,2%	5,8%

- Fonte: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp>

[content/uploads/2016/12/Anexo_1_caracterizacao_dos_Diabeticos_ARSA Algarve.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Anexo_1_caracterizacao_dos_Diabeticos_ARSA Algarve.pdf)

Verifica-se que Vila do Bispo é o concelho da área do ACES do Barlavento Algarvio onde existe a maior prevalência da diabetes nos grupos etários acima dos 60 anos de idade. De facto, a prevalência da diabetes no grupo etário entre os 60 e os 75 anos é de 15,7%, enquanto a média do Barlavento Algarvio é de 11,9%, e no grupo etário de pessoas com 76 anos ou mais é de 13,1% quando a média é de 10,9%.

Tendo em consideração que os dados disponíveis são de 2009, realizámos no início do Estágio, uma pesquisa com a finalidade de saber quantos diabéticos existiam inscritos na Sede, bem como nas suas respetivas extensões, verificando-se a existência de 345 pessoas diabéticas, sendo destes 169 indivíduos do sexo masculino e 176 do sexo feminino.

3.2 Análise dos dados – Identificação de Necessidades e Problemas

Devido ao elevado número de idosos diabéticos e a elevada taxa de envelhecimento do concelho de Vila do Bispo, assim como o elevado número de diabéticos não seguidos em consulta de enfermagem, bem como em consulta médica, identificámos como um problema a diabetes nas pessoas idosas.

De facto o índice de envelhecimento no concelho de Vila do Bispo é das mais elevadas da região do Algarve 213,6%. Também as estatísticas nos mostram que o concelho de Vila do Bispo é o concelho do ACES do Barlavento Algarvio com a taxa de prevalência da diabetes mais elevada nas pessoas com mais de 60 anos, sendo entre os 60 e os 75 anos de 15,7% e aos 76 e mais anos de 13,1%.

Na reunião com a enfermeira orientadora foi possível aclarar que segundo ela, esta problemática envolve diversos fatores, nomeadamente as questões da falta de literacia em diabetes, o que faz que as pessoas tenham estilos de vida não saudáveis que contribuem para o aparecimento da patologia e descurem a vigilância de saúde, e também a dificuldade de acesso dos idosos aos serviços de saúde, por causa da escassez de transporte e das dificuldades em se deslocarem sozinhos.

Então consideramos como problema principal:

- A diabetes nas pessoas idosas

Como problemas associados a este, ou dimensões do problema principal:

- A iliteracia em diabetes

- As dificuldades de acesso aos serviços de saúde

Depois desta etapa apresentamos de seguida a determinação de prioridade dos vários problemas.

4 .DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E PREPARAÇÃO OPERACIONAL

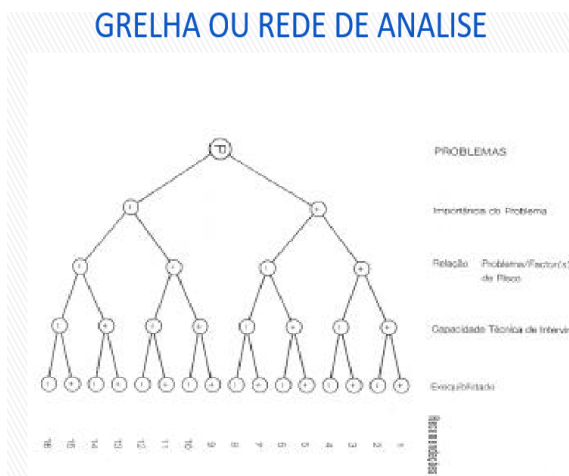
Após identificação dos problemas de saúde, pelo diagnóstico, é realizada a sua hierarquização através da priorização. Priorizar: hierarquizar, limitar o que deve ser resolvido Definir prioridades: ter em conta o tempo e recursos, o horizonte temporal e a área do programa/projeto. Tavares (1990)

Devemos ter em conta a magnitude, ou seja, a dimensão do problema, o número de pessoas afetadas, a transcendência – socioeconómica, a vulnerabilidade, a possibilidade de evitar, bem como prevenir a doença com os recursos disponíveis e a possibilidade de intervenção, e por fim os custos que tudo ira acarretar.

4.1 Priorização dos Problemas e População Alvo

Se aplicarmos a grelha ou rede de análise, verificamos que este é um problema de grande dimensão, uma vez que a população de Vila do Bispo para além de ser bastante envelhecida, também apresenta um grande número de diabéticos idosos.

Figura 2- Grelha de Análise



Após a nossa avaliação confirmamos que o problema tem importância, pois verifica-se um elevado número de indivíduos diabéticos no Concelho de Vila do Bispo, confirma-se que também que existe relação entre os problema e fatores de risco com impacto na morbilidade, que existe capacidade técnica para intervir no problema e é exequível o desenvolvimento de projetos de intervenção no sentido de prevenir a diabetes ou melhorar a situação das pessoas diabéticas.

Como foi patente na reunião realizada com a nossa orientadora, sendo este um problema tão vasto, sobressaem alguns problemas associados ao problema da diabetes nas pessoas idosas, que priorizamos de seguida, também segundo o mesmo método da grelha de análise:

Tabela 5- Resultados da determinação de prioridades segundo a Grelha de Análise

CRITÉRIOS	Iliteracia em diabetes	Dificuldades no acesso aos serviços de saúde
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	2ª

Assim decidimos que o nosso projeto de intervenção seria dentro da problemática da diabetes nas pessoas idosas, mais propriamente na área da promoção da literacia, visto que conforme verificado este ser um fator prioritário para intervenção de entre os interrelacionados com o problema principal.

Assim e porque a DM tipo 2 se tem tornado uma patologia com grande impacto na qualidade de vida e bem-estar da população, o nosso projeto tenta responder no sentido de proporcionar aos idosos uma maior literacia sobre esta doença melhorando o conhecimento das pessoas idosas sobre a diabetes.

Assim elegemos como população alvo para o nosso projeto os idosos de Vila do Bispo. Tendo em conta que muitos idosos inscritos nas unidades de saúde do concelho frequentam o centro de dia e/ou estão a residir nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) da Misericórdia de Vila do Bispo considerou-se importante desenvolver também aí o nosso projeto de intervenção. Tendo em consideração este aspeto, foi selecionada uma amostra não probabilística por conveniência, que integrou no nosso projeto idosos utentes da UCSP de Vila do Bispo e da ERPI de Vila do Bispo. Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes: ter mais de 65 anos, residir em Vila do Bispo, não ter limitações cognitivas, nem de audição ou de expressão oral, disponibilizar-se para participar.

Sendo assim, foi realizado o contato com o provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo com vista a obter a necessária autorização para aí serem desenvolvidas as atividades do nosso projeto. (APENDICES II e III). A Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo, tem

estruturas de apoio em Vila do Bispo e na localidade de Sagres e tem como missão a promoção da saúde e o bem-estar da população e lutando pela dignificação de toda a pessoa humana, com especial atenção para os mais pobres e carenciados, apoiando as famílias e protegendo as crianças e os idosos. (<http://www.scmlagos.com>).

No início do nosso projeto residiam na ERPI de Vila do Bispo 61 idosos, sendo a maioria deles pessoas independentes. No total são 27 utentes do sexo masculino, e 34 do sexo feminino. No entanto, existem vários idosos, em número variável, que frequentam o Centro de Dia.

4.2 Objetivos, Estratégias, Seleção de Atividades e Indicadores

A fase da preparação da execução além de outras finalidades pretende “*mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades*” (Imperatori e Giraldes, 1993:149). Assim também prevemos aqui os indicadores de avaliação do projeto, pois segundo Imperatori & Giraldes (1993), a avaliação prevê a confrontação da situação atual com um valor de referência, nomeadamente objetivos ou metas, de modo a conferir as intervenções realizadas e determinar medidas corretivas.

Para o nosso projeto definimos então como objetivo geral:

- Promover o conhecimento das pessoas idosas do Concelho da Vila do Bispo sobre a DM tipo 2.

Em conformidade com o que preconizam Imperatori e Giraldes (1993) foram fixados objetivos de médio prazo. Estes objetivos deverão reduzir ou atenuar o problema de saúde bem como dar resposta às necessidades que se tenham confirmado.

Referimos assim como objetivos específicos os seguintes:

- Avaliar o conhecimento sobre a diabetes nos idosos
- Incentivar a participação das pessoas com mais de 65 anos de idade, em sessões de educação para a saúde acerca da DM tipo 2;

- Aumentar a adesão das pessoas com mais de 65 anos diabéticas às consultas de enfermagem para diabéticos;

As principais estratégias serão o envolvimento e colaboração dos vários profissionais de saúde das duas instituições para o desenvolvimento das atividades previstas, a realização de um estudo para avaliar os conhecimentos dos idosos sobre diabetes, a educação para a saúde, as consultas de enfermagem e a participação das pessoas idosas.

Descrevemos abaixo, por objetivo específico, as estratégias e atividades previstas desenvolver neste projeto, assim como os indicadores de avaliação.

Objetivo específico: Realizar sessões de educação para a saúde acerca da DM tipo 2 dirigidas a pessoas com mais de 65 anos de idade.

Estratégias: Proporcionar informação adequada. Educação para a saúde. Participação das pessoas idosas.

Atividades: Realização de sessões de educação para a saúde, acerca da diabetes tipo 2. Realização e distribuição de panfletos de divulgação.

Indicadores: N^º de sessões realizadas/n^º sessões planeadas. Folhetos criados e distribuídos.

Objetivo específico: Aumentar a adesão das pessoas com mais de 65 anos diabéticas a realizarem consultas de enfermagem para diabéticos.

Estratégias: Divulgação da consulta de Enfermagem para diabéticos, consultas de enfermagem.

Atividades: Realização de panfleto de divulgação acerca da importância da consulta da diabetes adequados em termos de várias literacias (imagem permite compreensão de conteúdo); organização/criação da consulta de enfermagem para pessoas diabéticas, fornecer informações individualizadas nas consultas.

Indicadores: Panfleto realizado, Nº de folhetos distribuídos aos idosos diabéticos da Vila do Bispo, nº de utentes que realizaram as consultas de diabetes, existência da consulta de enfermagem para pessoas diabéticas, alteração do nº de utentes a frequentar a consulta de enfermagem para pessoas diabéticas.

Objetivo específico: Avaliar o conhecimento sobre a diabetes nos idosos do Concelho da Vila do Bispo.

Estratégias: Avaliação dos conhecimentos das pessoas com mais de 65 anos de idade acerca da diabetes tipo 2 no Concelho da Vila do Bispo, através da realização de um estudo descritivo, exploratório, de índole quantitativa com aplicação de um questionário.

Atividades: Pedido de autorização à autora do questionário do conhecimento da diabetes para aplicação do mesmo. Pedidos às comissões de ética e instituições. Pedidos de consentimento informado. Distribuição dos questionários, aplicação, recolha, tratamento e análise.

Indicadores:

- ✓ Nº de questionários distribuídos aos idosos da Vila do Bispo

Nº de questionários entregues / válidos

- ✓ Realização do tratamento e análise dos dados

5. IMPLEMENTAÇÃO - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Atualmente «planear em saúde» possui uma extrema importância, nomeadamente se considerarmos que as organizações de saúde se deparam diariamente com novos desafios, no que diz respeito à utilização eficaz de recursos materiais e humanos, com o objetivo de obter ganhos em saúde (Figueira, 2015).

5.1 A Avaliação do Conhecimento sobre Diabetes - Apresentação e Discussão dos Resultados

Para avaliação dos conhecimentos sobre diabetes nas pessoas idosas foi utilizado o Questionário Conhecimentos da Diabetes, cujos itens apresentam um formato com 3 opções de resposta: verdadeiro, falso e não sei. Foi escolhido este questionário principalmente pela sua fácil interpretação, dado que a nossa amostra por conveniência se trata de uma amostra de indivíduos idosos, com baixo nível de literacia. A análise das respostas por domínio em termos de “respostas incorretas” e “não sei”, permite-nos identificar áreas de desconhecimento acerca da patologia.

A análise estatística 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 amostras independentes e a Anova One-Way. Os pressupostos deste teste, 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. Aceitou-se a normalidade de distribuição nas situações em que a dimensão da amostra era superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. Quando os pressupostos não se encontravam satisfeitos usou-se a alternativa não-paramétrica ao teste t de Student que é o teste de Mann-Whitney.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows.

5.1.1 Caracterização da amostra

Colaboraram no estudo 51 sujeitos. A maioria era do género masculino (54.9%), com uma média de idades de 76.8 anos, variando entre um mínimo de 65 e um máximo de 98 anos. Trata-se de uma amostra com níveis fracos de escolaridade já que quase metade (47.1%) indica não ter habilitações escolares. Apenas 1 sujeito indica ter o ensino secundário.

Tabela 6- Caracterização sociodemográfica (N = 51)

	N	%
<i>Género</i>		
Feminino	23	45,1
Masculino	28	54,9
<i>Idade (M; DP)</i>	76.8 (8.5)	
<i>Escolaridade</i>		
Sem habilitações	24	47,1
Ensino básico- 1º ciclo (antiga 4ª classe)	14	27,5
Ensino básico- 2º ciclo (antigo 6º ano)	8	15,7
Ensino básico- 3º ciclo (9º ano)	4	7,8
Ensino Secundário (12º ano)	1	2,0

5.1.2 Resultados

Quase metade da amostra indicou ter diabetes (49%).

Tabela 7- Diabetes

	Frequência	Percentagem
Sim	25	49,0
Não	26	51,0
Total	51	100,0

Na tabela 3 e gráfico 1 podemos apreciar as respostas dos sujeitos às questões relacionadas com a Diabetes. Em cinza claro evidenciamos as respostas mais frequentes (moda). As questões que registaram um maior número de acertos foram “No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico” (96.1%) e “A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável” (96.1%). A questão que registou um maior número de respostas erradas ou desconhecimentos foi: “Para a doença não piorar é importante avaliar a acetona na urina” (74.5%).

Tabela 8- Respostas ao Questionário sobre Diabetes- conhecimento

		Verdadeiro	Falso	Não sei
Para a doença não piorar deve fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue	Freq.	48	1	2
	%	94,1%	2,0%	3,9%
No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico	Freq.	49	0	2
	%	96,1%	0,0%	3,9%
Para a doença não piorar a quantidade de açúcar no sangue deve estar próximo dos valores normais	Freq.	35	1	15
	%	68,6%	2,0%	29,4%
Para a doença não piorar é importante vigiar a tensão arterial	Freq.	42	3	6
	%	82,4%	5,9%	11,8%
Devido à diabetes outros problemas de saúde podem causar doenças nos olhos	Freq.	43	1	7
	%	84,3%	2,0%	13,7%
Devido à diabetes outros problemas de saúde podem surgir sem o diabético dar por isso	Freq.	35	1	15
	%	68,6%	2,0%	29,4%
No tratamento da diabetes é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos	Freq.	47	0	4
	%	92,2%	0,0%	7,8%
Para a doença não piorar é importante avaliar a acetona na urina	Freq.	13	2	36
	%	25,5%	3,9%	70,6%
Para a doença não piorar os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos	Freq.	24	9	18
	%	47,1%	17,6%	35,3%
No tratamento da diabetes uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico	Freq.	44	0	7
	%	86,3%	0,0%	13,7%
A diabetes é uma doença que dura pouco tempo	Freq.	3	41	7

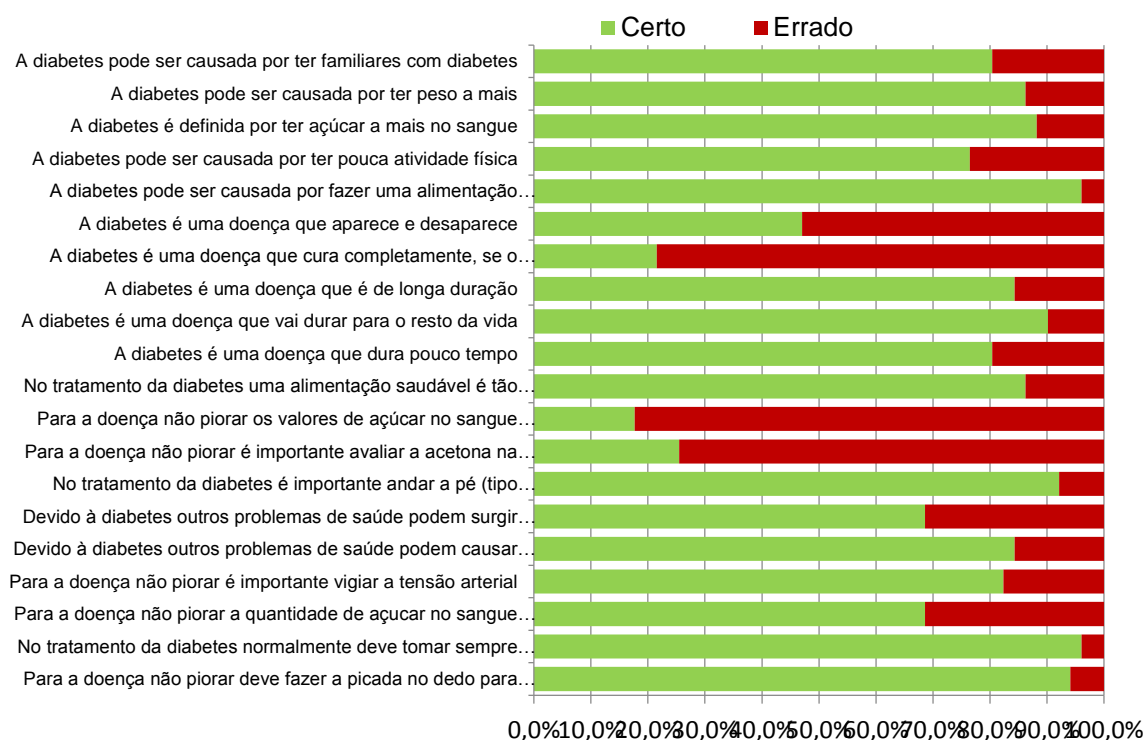
Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas

	%	5,9%	80,4%	13,7%
A diabetes é uma doença que vai durar para o resto da vida	Freq.	46	1	4
	%	90,2%	2,0%	7,8%
A diabetes é uma doença que é de longa duração	Freq.	43	3	5
	%	84,3%	5,9%	9,8%
A diabetes é uma doença que cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico	Freq.	31	11	9
	%	60,8%	21,6%	17,6%
A diabetes é uma doença que aparece e desaparece	Freq.	24	24	3
	%	47,1%	47,1%	5,9%
A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável	Freq.	49	0	2
	%	96,1%	0,0%	3,9%
A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física	Freq.	39	4	8
	%	76,5%	7,8%	15,7%
A diabetes é definida por ter açúcar a mais no sangue	Freq.	45	0	6
	%	88,2%	0,0%	11,8%
A diabetes pode ser causada por ter peso a mais	Freq.	44	0	7
	%	86,3%	0,0%	13,7%
A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes	Freq.	41	5	5
	%	80,4%	9,8%	9,8%

De facto verifica-se que embora exista conhecimento sobre a necessidade e relevância da toma adequada da medicação e da relevância de uma alimentação adequada à patologia, a questão da avaliação de alguns parâmetros como a avaliação da acetona na urina, é desconhecida por 74,5% dos inquiridos.

Segundo Videira (2011) torna-se essencial que a pessoa diabética adote competências de autocuidado em aspetos como a adesão a um plano alimentar saudável bem como a prática de exercício físico diário de forma a manter o controlo da doença, conhecer quais os sinais e sintomas e a adesão à terapêutica. A mesma autora refere que quanto maior o acesso à informação e o conhecimento do indivíduo acerca da doença, mais corretas serão as suas escolhas.

Gráfico 4- Respostas ao questionário



Os sujeitos acertaram em média 15 questões. O máximo de respostas certas foi de 20 e o mínimo de 8 respostas.

Tabela 9- Respostas ao questionário

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Conhecimentos	51	8,00	20,00	14,66	3,04

Conhecimentos sobre a diabetes e género

Os homens obtêm valores mais elevados no teste de conhecimentos (15.17 vs 14.04) embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(49) = -1.335, p = .182$.

Tabela 10- Conhecimentos e género

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	Dp	M	DP	
Conhecimentos	14,04	2,93	15,17	3,09	.188

Assim, verifica-se que são os homens a deter mais conhecimentos sobre diabetes mas a diferença não é significativa.

Conhecimentos sobre a diabetes e ter diabetes

Os sujeitos com diabetes obtêm valores mais elevados no teste de conhecimentos (15.24 vs 14.11) embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(49) = 1.329$, $p = .190$.

Tabela 11- Conhecimentos e ter diabetes

	Sim		Não		Sig.
	M	Dp	M	DP	
Conhecimentos	15,24	3,32	14,11	2,70	.190

Verifica-se que não existe diferença significativa entre os conhecimentos da pessoa idosa diabética, e da pessoa idosa não diabética, sendo os valores estatísticos pouco significativos.

É fundamental que os enfermeiros percebam se os utentes estão capacitados para pôr em prática as informações que lhes são fornecidas acerca da doença, na prevenção e no controlo da mesma, de forma a melhorá-las e não apenas a ter conhecimentos gerais sobre a diabetes. O enfermeiro deve ainda ouvir as dúvidas do utente os seus medos e questões. Só um método de educação individualizado, contínuo e que se adegue às necessidades de cada pessoa é que

irá habilitá-lo para a tomada de decisão de forma consciente, e mais autónoma possível. (Ferreira, 2016)

Nola Pender defende que as emoções positivas relacionadas com determinado comportamento aumentam a autoeficácia, e esta vai aumentar a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde. Para a teórica a família, e os profissionais de saúde, podem influenciar de forma positiva ou negativa a adoção de comportamentos de promoção de saúde. (Guerra, 2012)

Conhecimentos sobre a diabetes e idade

Os sujeitos mais novos obtêm valores mais elevados no teste de conhecimentos (16.20 vs 13.29) sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z = -3.682$, $p = .001$.

Tabela 12- Conhecimentos e idade

	Até 75 anos		> 75 anos		Sig.
	M	Dp	M	DP	
Conhecimentos	16.20	3.06	13.29	2.31	.001***

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

Assim, verifica-se que os indivíduos mais novos, apresentam, maior nível de conhecimentos que indivíduos mais velhos.

Podemos referir que a capacidade de assimilação de informação pelos indivíduos mais novos pode ser pela sua capacidade de compreensão mais rápida, ou por uma maior abordagem educacional por parte dos profissionais de saúde, comparativamente ao grupo etário mais elevado. Assim, um discurso perceptível e constante acerca da DM2 poderá estar na base de um melhor conhecimento por parte dos idosos com faixa etária menos elevada. (Carvalho e Carvalho, 2006). Durão (2014) refere-nos que se torna essencial que o enfermeiro tenha em

consideração que as pessoas com faixa etária mais elevada, têm as suas próprias vivências, existindo necessidade de motivá-las, com intuito de adotar comportamentos promotores de saúde.

Conhecimentos sobre a diabetes e escolaridade

As diferenças ao nível dos conhecimentos sobre a diabetes em função do nível de escolaridade são estatisticamente significativas, $F(2, 43) = 12.563, p = .001$. O teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey indica-nos que os sujeitos com o 2º ciclo obtêm valores significativamente mais elevados no teste de conhecimentos do que os com o 1º ciclo ou sem habilitações (18.12 vs 13.12 e 14.35). A diferença entre os sem habilitações e os com o 1º ciclo não é estatisticamente significativa ($p = .301$).

Tabela 13- Conhecimentos e ter diabetes

	Sem Hab.		1º ciclo		2º ciclo		Sig.
	M	Dp	M	DP	M	DP	
Conhecimentos	13,12	2,43	14,35	2,84	18,12	1,45	.001***

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

Assim, a baixa escolaridade torna-se um obstáculo a ser vencido pelos idosos com Diabetes Mellitus tipo 2, de modo a manter a adesão às práticas adequadas. Deste modo, ao propor intervenções de saúde, os enfermeiros devem perceber quais as limitações de aprendizagem que os idosos apresentam, as quais podem prejudicar o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. (Figueira, 2015)

A literatura mostra para que os idosos, os doentes crónicos e aqueles que precisam de tomar medicação regularmente são os mais afetados pelos inadequados níveis de literacia em

saúde e em quem se fazem sentir mais os efeitos de inadequada literacia em saúde. (Baker, 2008)

Estudos recentes revelam um nível inadequado de literacia e taxas de mortalidade mais elevadas, sendo que o risco de mortalidade nos idosos é visivelmente superior em indivíduos com uma baixa literacia em saúde. Os principais motivos para esta relação são a menor capacidade que os idosos têm para tomar a medicação corretamente, numa menor capacidade de interpretar os rótulos e bulas da medicação. (Baker, 2008)

5.1.3 Conclusões

Neste estudo colaboraram um total de 51 indivíduos, sendo maioritariamente do género masculino (54.9%), com uma média de idades de 76.8 anos, variando entre um mínimo de 65 e um máximo de 98 anos. Verificou-se que existem níveis fracos de escolaridade já que quase metade da amostra (47.1%) indicou não ter habilitações escolares, apenas uma pessoa indicou possuir o ensino secundário.

Ao longo do tratamento de dados podemos avaliar as respostas dos idosos às questões relacionadas com a Diabetes. Verificamos que as questões que registaram um maior número de acertos foram: No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico, obtendo uma taxa de respostas corretas de 96.1%, bem como na questão: a diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável, também obtendo a mesma percentagem de resposta correta.

Verificou-se que a questão que registou um maior número de respostas erradas ou desconhecimentos foi: para a doença não piorar é importante avaliar a acetona na urina, obtendo uma percentagem de respostas erradas de 74.5%.

O género masculino obteve valores mais elevados no teste de conhecimentos (15.17 vs 14.04) embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(49) = -1.335, p = .182$.

Concluimos que os idosos diabéticos obtêm valores mais elevados no teste de conhecimentos (15.24 vs 14.11) embora a diferença também não seja estatisticamente significativa, $t(49) = 1.329, p = .190$.

Verifica-se que os indivíduos mais novos obtêm valores mais elevados no teste de conhecimentos (16.20 vs 13.29) sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z = -3.682, p = .001$.

As diferenças ao nível dos conhecimentos sobre a diabetes em função do nível de escolaridade são estatisticamente significativas, verifica-se que os idosos com o 2º ciclo obtêm valores significativamente mais elevados no teste de conhecimentos do que os com o 1º ciclo ou sem habilitações. Por sua vez, a diferença entre os sem habilitações e os com o 1º ciclo não é estatisticamente significativa ($p = .301$).

Também Osborn (2010), num estudo prévio, avaliou idosos com baixo nível de escolaridade, os quais evidenciaram baixos níveis de conhecimentos acerca da DM2, quando comparados com indivíduos com um maior nível de escolaridade.

Num estudo realizado por Ascensão (2014) verificou-se que existiu maior número de respostas corretas por parte dos participantes, nas questões que dizem respeito ao que o utente pode e deve fazer (picar o dedo, andar a pé, tomar a medicação). Na dimensão da duração da doença, a maior parte dos participantes tem conhecimento que a doença é de longa duração, mas ainda existe o falso conceito de que a DM2 é uma doença que aparece e desaparece. A título conclusivo, no que diz respeito à dimensão das causas da DM2, apesar de existir o conhecimento acerca da relação entre excesso de peso e diabetes, os idosos não fazem tanto esta associação com a fraca atividade física e a alimentação desequilibrada.

5.2 Sessões De Educação Para A Saúde

Após análise do perfil da maioria dos utentes da UCSP de Vila do Bispo, verificamos que estes pertencem a uma faixa etária elevada e muitos deles têm doença crónica associada, nomeadamente diabetes. Essa cronicidade implica, maioritariamente uma diminuição da qualidade de vida e uma baixa adesão ao tratamento, existindo um abandono da consulta da diabetes e do tratamento. Assim, segundo nos afirma Xavier (2009), a educação é um dos pontos primordiais no tratamento da diabetes, sendo de extrema importância que os utentes sejam melhor informados sobre a doença e, assim, consigam lidar com a mesma mais ativamente.

Assim uma das atividades do nosso projeto foi realizar educação para a saúde aos idosos sobre a problemática da diabetes no sentido de aumentar a sua literacia sobre esta doença.

Para concretizarmos o nosso objetivo específico de realizar sessões de educação para a saúde programámos e realizámos duas sessões de educação para a saúde sobre os temas “Qualidade de Vida: Estilos de Vida Saudáveis” e “Promoção da Literacia em Diabetes”.

As sessões foram realizadas nas instalações da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo, ERPI de Vila do Bispo. Para o efeito, convidámos os idosos residentes e os do Centro de dia de Vila do Bispo, e de Budens (pertencente à ERPI de Vila do Bispo) a participar nas sessões de educação para a saúde. Também participaram os funcionários da respetiva instituição e a Fisioterapeuta que colaborou com uma apresentação acerca da importância do exercício físico. Também foram feitos convites aos utentes da UCSP de Vila do Bispo. A divulgação das sessões foi efetuada através da afixação de um programa convite (APÊNDICE I), na Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo, com a autorização do provedor.

Os principais conteúdos abordados nas sessões de educação para a saúde foram a alimentação saudável, o exercício físico, bem como a importância do conhecimento acerca da diabetes, nomeadamente os principais sinais e sintomas, a importância da vigilância da glicémia capilar, a observação diária do pé. Também foram distribuídos folhetos informativos, sobre a diabetes, e estilos de vida saudáveis, no sentido de reforçar a informação proporcionada e alargá-la além do universo de participantes nas sessões.

Na última sessão foram apresentados os resultados dos questionários sobre conhecimentos sobre diabetes e debatidos os mesmos. Nas sessões contámos com a presença de um total de 33 idosos e 2 funcionários da instituição.

5.3 A Consulta De Enfermagem Para Pessoas Com Diabetes

Entende-se como consulta *“a atividade de um profissional de saúde relacionada com uma pessoa, de onde resulta um diagnóstico e um plano”* (Ministério da Saúde, 2013, p.20). Assim tendo presente que *“a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes implica uma interação profissional entre esta e o enfermeiro, na qual a prestação de cuidados se centra em ajudá-la a desenvolver competências na autogestão da diabetes”* (Rosas, 2015).

A nossa atividade no sentido de iniciar a consulta de Enfermagem para pessoas com diabetes teve a preocupação de responder também ao nosso objetivo geral, ou seja de promover a literacia destas pessoas sobre a sua patologia. No sentido de dar início à Consulta de Enfermagem de Diabetes, existiu a necessidade de se proceder a algumas reuniões, com a Enfermeira orientadora do estágio, no sentido de saber a disponibilidade em termos de tempo e de espaço físico, para se poder realizar/iniciar a consulta de enfermagem de diabetes, o mais rapidamente possível. De facto a consulta de enfermagem para pessoas com diabetes na UCSP de Vila do Bispo não existia, a mesma era realizada na consulta do adulto, não existindo uma consulta específica.

O segundo passo realizado foi reunião com a médica de Medicina Interna responsável pela consulta médica de diabetes, no sentido de parametrizarmos a melhor maneira de se proceder na conjugação das duas consultas de modo a providenciar-se a melhor forma de beneficiar o utente que as frequenta. Assim ficou decidido realizar as consultas no mesmo dia (consulta médica e de enfermagem), uma vez que a maioria dos utentes são pessoas idosas, com alguma dificuldade na mobilidade e muitas delas sem transporte próprio. Tendo-se tudo conjugado pela positiva, deu-se então provimento ao terceiro passo, tendo já disponibilizados tempo e de espaço físico, foi necessário a realização de um levantamento do material necessário, que foi

posteriormente discutido com a enfermeira chefe do serviço, pois é ela a responsável pela requisição do material.

Terminada a etapa anterior, passou-se de imediato à execução, sendo que o objetivo principal da mesma foi o de podermos proceder à implementação da consulta de enfermagem de diabetes, bem como a intervenção na mesma. Foi realizada a calendarização conjuntamente com a médica e com a enfermeira chefe dos dias em que se organizaria a consulta dentro desta área e implementada a consulta da diabetes. Ao realizarmos a consulta da diabetes, com especial atenção ao pé diabético, pretendeu-se ter uma noção de qual o grau de conhecimento dos idosos, para transmitir a informação adequada a cada cada pessoa, com especial enfoque nos cuidados a ter com os seus pés de modo a prevenir o aparecimento de complicações, particularmente no que refere ao aparecimento de ulcerações, pois estas podem conduzir a complicações graves, nomeadamente amputações.

6. AVALIAÇÃO DO PROJETO

Como nos refere Imperatori e Giraldes (1993) *“avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”*.

Ao chegarmos à última etapa do planeamento em saúde, a avaliação, temos de proceder a uma análise retrospectiva dos passos delineados, de modo a podermos validar todo o percurso realizado em termos da implementação do nosso projeto. Partindo dos objetivos delineados e respetivas atividades para os atingir, chegou o momento da avaliação do projeto que decorreu ao longo do estágio.

Como referido, ainda na fase diagnóstica, o tema foi discutido com a equipa multidisciplinar verificando-se assim através do diagnóstico e estabelecimento de prioridades que a diabetes é uma problemática no concelho de Vila do Bispo, nomeadamente na população idosa, e seria uma mais valia aumentar a literacia dos idosos acerca desta doença. Foram assim estabelecidos objetivos, estratégias e desenvolvidas as atividades que incluíram um estudo sobre o conhecimento dos idosos sobre diabetes, bem como a realização de sessões de educação para a saúde e consultas de enfermagem para diabéticos, nomeadamente consultas do pé diabético.

Foram realizadas todas as atividades delineadas, tais como o estudo do conhecimento das pessoas idosas sobre a diabetes, as sessões de educação para a saúde e as consultas de enfermagem para diabéticos.

Fez-se aferição junto da equipa, sobre qual a informação que consideravam mais pertinente e necessária para constar no folheto acerca da diabetes; existiu reunião com a enfermeira orientadora e provedor da ERPI de Vila do Bispo, no sentido de recolher opiniões; elaborou-se o folheto com as alterações sugeridas pela enfermeira responsável e orientadora; pediu-se autorização à enfermeira responsável da UCSP e provedor da ERPI da Vila do Bispo para distribuição do mesmo; realizou-se divulgação das sessões de educação para a saúde através de um convite fixado na ERPI, e, por fim, aplicaram-se os questionários aos idosos da UCSP e ERPI que participaram.

Podemos afirmar que incentivamos a participação das pessoas com mais de 65 anos de idade, em sessões de educação para a saúde acerca da DM tipo 2, proporcionando informação

adequada, e que conseguimos avaliar os conhecimentos das pessoas com mais de 65 anos de idade acerca da diabetes da diabetes tipo 2, através da aplicação de um questionário.

Assim os resultados obtidos face aos indicadores que estabelecemos foram os seguintes:

Sessões de educação para a saúde:

- 51 Pessoas com mais de 65 anos que aderiram às sessões de educação para a saúde
- Foram realizadas 2 sessões de educação para a saúde.

Criação e Adesão às Consultas de Enfermagem para diabéticos:

- Organizou-se a consulta de enfermagem específica para diabéticos
- Verificou-se um aumento da adesão das pessoas com mais de 65 anos diabéticas a realizarem consultas de enfermagem para diabéticos. Compareceram 18 Utentes nas consultas da diabetes, estes utentes não compareciam habitualmente. Divulgação das consultas através de folhetos: foi realizado o folheto de divulgação e 21 folhetos distribuídos aos idosos diabéticos da Vila do Bispo

Avaliação dos conhecimentos sobre diabetes:

Foi possível realizar a avaliação dos conhecimentos das pessoas com mais de 65 anos de idade acerca da diabetes no Concelho da Vila do Bispo acerca da Diabetes tipo 2, através da aplicação de um questionário. Dos 52 questionários distribuídos foram respondidos 51 (33 questionários aplicados na ERPI de Vila do Bispo, e 18 na UCSP de Vila do Bispo), ou seja 98 %. Foi realizado o tratamento e análise dos dados.

Um aspeto a salientar na avaliação deste projeto é a sua continuidade através dos enfermeiros da UCSP de Vila do Bispo. Sabendo como é relevante a continuidade nos cuidados

a esta população, nomeadamente na promoção do autocuidado através da educação para a saúde parece-nos significativo esse aspeto.

7. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O presente capítulo dedica-se às restantes atividades realizadas no estágio, onde que foram desenvolvidas atividades em conjunto com a equipa multidisciplinar, nomeadamente com a Dra. Dulce Moreno, Assistente Social do ACES do Barlavento Algarvio. Durante o estágio, foram realizadas várias sessões de educação para a saúde direcionadas para toda a população da Vila do Bispo, sendo ambas acerca de Estilos de Vida Saudáveis. Todas as sessões foram realizadas em conjunto com a Dra. Dulce Moreno, e abertas a toda a população, nomeadamente apresentadas na Vila de Sagres, Aldeia de Barão de São Miguel e Vila do Bispo.

Tabela 14- Sessões de educação para a saúde

Locais	Temas	População Alvo	Datas
Sagres	Estilos de Vida Saudável	População desempregada em regime de formação	6 de Novembro de 2017
Vila do Bispo	Estilos de Vida Saudável	População desempregada em regime de formação	7 de Dezembro de 2017
Barão de São Miguel	Estilos de Vida Saudável	População desempregada em regime de formação	8 de Janeiro de 2018

Também foi possível desempenharmos funções na sala da vacinação. Nesta área sentimos a necessidade de nos atualizarmos acerca do Plano Nacional de Vacinação, promovendo a sua divulgação e a motivação do utente e/ou família, aproveitando todas as oportunidades para vacinar. Desta forma existiu da nossa parte uma participação ativa nos ensinamentos pontuais acerca dos efeitos e das reações adversas às vacinas. Procedemos aos registos em suporte informático

no Sclenic contribuindo assim para a prevenção e controlo da doença, efetuando-se sempre a atualização constante dos boletins de vacinas.

Torna-se necessário relembrar a importância da vacinação, principalmente perante o ressurgimento de doenças contagiosas a nível europeu, as quais causam morbilidade e mortalidade, causando um peso económico aos sistemas de saúde e famílias. A vacinação é considerada, entre todas as medidas de saúde pública, a melhor relação entre custo-efetividade, pois esta contribui para melhorar o panorama de saúde no âmbito das doenças contagiosas. (DGS,2011). Os ganhos em saúde através do Plano Nacional de Vacinação, são evidentes, pois a vacinação do individuo além de estabelecer um ato de proteção e qualidade para a sua própria vida, constitui também para a comunidade (DGS, 2011).

Participamos de maneira ativa em todas as funções que nos foram delegadas, percebendo assim a funcionalidade da UCSP da Vila do Bispo, bem como tivemos assim, a oportunidade de conhecer toda a equipa multidisciplinar.

8. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Durante o percurso de estágio, inevitavelmente vamos adquirindo e desenvolvendo competências fundamentais que dão lugar à mudança e crescimento pessoal e profissional, refletindo-se na prática exercida. Como nos define a Community Health Nurses of Canada, competências são um conjunto de conhecimentos, habilidades, julgamento e atributos necessários aos profissionais de saúde (CHNC, 2009) *“O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*. Nas últimas décadas inúmeras mudanças têm-se feito sentir na Enfermagem.

Torna-se fulcral refletir acerca das competências desenvolvidas no sentido de demonstrar a aquisição conforme previsto na legislação. Assim, *“a relação enfermeiro/utente/família é reconhecida como parte integrante do cuidado de enfermagem e exige ao enfermeiro o desenvolvimento de capacidades e competências dirigidas à singularidade das pessoas/situações vividas, assim como às mudanças dos contextos de ação”* (Rosa Carvalhal, 2014).

Apesar das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é importante que também atingirmos competências gerais do Enfermeiro Especialista. Assim, atingimos a competência, referida na OE (2008): **“desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação”**, pois procuramos sempre, ao longo das intervenções, tomar decisões éticas, apoiadas em princípios, valores e normas deontológicas. Por exemplo, aquando a aplicação do questionário, foram solicitadas todas as autorizações necessárias para o desenvolvimento do projeto, nomeadamente, foram realizados pedidos às comissões de ética da ARS Algarve e da UE, assim como o consentimento informado aos participantes, sendo este um único momento e espaço, distribuindo o mesmo a todos os utentes e ao mesmo tempo, de modo a que as respostas de cada um não fossem influenciadas pela opinião dos outros. De ressaltar que antes da aplicação do questionário foram explicados os objetivos do mesmo, garantindo o anonimato bem como que os dados seriam apenas utilizados para este estudo, e afirmou-se também a não obrigatoriedade de resposta ao questionário.

Também foi atingida a competência A2³: **“Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”**, pois na realização das sessões de educação para a saúde, e consultas de pé diabético, promovemos a proteção dos direitos humanos, respeitando os valores, e opiniões dos utentes, mesmo quando os mesmos se apresentavam renitentes aos ensinamentos, principalmente na consulta do pé diabético.

A competência B3⁴ menciona a melhoria da qualidade: **“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”**, nesta competência proporcionamos durante as intervenções efetuadas um ambiente físico, psicossocial, cultural, para além disso, definimos sempre dentro das nossas possibilidades os recursos apropriados para uma prestação de cuidados segura.

No que refere acerca da gestão dos cuidados, atingimos a competência C1⁵, a qual menciona que **“o enfermeiro gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar”**, atingimos esta competência, quando otimizamos o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, e colaborando nas decisões da equipa multiprofissional (colegas de mestrado, professores orientadores responsáveis pelo Estágio e enfermeiros orientadores do estágio), também se verifica a aquisição desta competência quando orientamos ou supervisionamos as tarefas delegadas, garantindo sempre a segurança e a qualidade.

A competência C2⁶ menciona que **“o enfermeiro adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”**, durante o decurso das nossas intervenções procurámos adquirir os recursos adequados à realização de intervenções comunitárias de qualidade; utilizando os recursos disponíveis de forma eficaz com o objetivo de promover a qualidade.

³ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

⁴ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

⁵ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

⁶ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Ao desenvolvermos o autoconhecimento e a assertividade, uma vez que procurámos desenvolver e promover o conhecimento das pessoas idosas acerca da diabetes; ao reconhecermos os nossos recursos e limites pessoais e profissionais; consciencializarmo-nos do efeito da vida pessoal que pode ocorrer na relação profissional; ao atuando rapidamente sempre que necessário; e reconhecendo as diversas situações de eventual conflitualidade, bem como e utilizar técnicas de resolução de conflitos quando se mostrou necessário, sempre que existiam opiniões diferentes acerca das diversas temáticas que foram surgindo durante este percurso, atingimos assim a competência D1⁷, a qual menciona que “**o enfermeiro desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade**”.

No que diz respeito ao domínio à competência D2⁸, a qual refere que “**o enfermeiro baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**”, durante este estágio procuramos sempre que as nossas tomadas de decisão, bem como as nossas intervenções assentassem em padrões de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, atuando como simplificadores do processo de aprendizagem; procurou-se demonstrar conhecimentos, aplicando os mesmos na realização de intervenções especializadas.

Em ambas as intervenções utilizámos a metodologia do planeamento em saúde, onde se procedeu à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, foram estabelecidas as prioridades em saúde, formulados os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde definidas, estabelecendo um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados realizando a avaliação das atividades desenvolvidas. Desta forma, atingimos a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pois este “**Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**”⁹. Verificámos que nas nossas intervenções demos o nosso contributo no processo de capacitação de maiores conhecimentos acerca da Diabetes, ao concebermos um projeto de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da

⁷ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

⁸ Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

⁹ Como definido no artigo 4º do Diário da Republica, 2ª série- nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011 (G1 Unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

saúde, tendo em conta o diagnóstico realizado; tendo, desta forma, atingido a competência específica, que contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades¹⁰.

O planeamento das atividades a desenvolver, em ambas as intervenções, foi efetuado de acordo com o diagnóstico de situação, mas também com os objetivos estratégicos do PNS para pessoas idosas 2004-2010, este Programa, constitui um complemento às ações desenvolvidas por outros Programas Nacionais de Saúde em vigor, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, assim, atingimos a competência específica: **11”Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde”**.

Cientes da importância da vigilância epidemiológica, como instrumento para a análise, colaborámos na vigilância epidemiológica dos grupos abrangidos pelas nossas intervenções ao reconhecermos fatores de risco relacionados com os estilos de vida, tendo assim alcançado a competência G4: **“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico”¹²**.

A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como alvo de intervenção a comunidade, e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, com vista à promoção da saúde, prevenção da doença, reajustamento funcional e reinserção social em todos os contextos de vida¹³. Consideramos que toda a nossa intervenção durante o Estágio foi no sentido de responder ao que é esperado do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pois procurámos sempre responder às necessidades atendendo aos projetos de saúde daqueles de quem cuidámos, com preocupação pelo seu contexto familiar e comunitário,

¹⁰ Como definido no artigo 4º do Diário da República, 2ª série- nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011 (G2 Unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

¹¹ Como referido no artigo 4º do Diário da República, 2ª série- nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011 (G3 Unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

¹² Como definido no artigo 4º do Diário da República, 2ª série- nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011 (G4 Unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública)

¹³ Segundo o regulamento n.º128/2011 de 18 de Fevereiro (2011) da Ordem dos Enfermeiros

num esforço para envolver profissionais e pelo menos duas instituições comunitárias, assegurando também a continuidade do trabalho iniciado.

CONCLUSÃO

A diabetes é uma doença complexa e com um tratamento multifacetado que necessita muito da intervenção e dedicação da própria pessoa. Tem complicações graves a longo prazo e é no sentido de as prevenir que os enfermeiros desenvolvem esforços na educação da pessoa diabética, e na pessoa com risco de ser portadora de diabetes. Assim os enfermeiros necessitam de ser agentes de mudança no sentido de lhes facultar todos os esclarecimento e cuidados a ter face á doença, para prevenir o aparecimento da mesma e caso já exista, o aparecimento das complicações, envolvendo-os no seu processo de autocuidado.

A decisão de adoção de estilos de vida saudáveis cabe, pelo menos em grande medida, às próprias pessoas, antes de se confrontarem com o diagnóstico da diabetes. É neste contexto, que importa investir na melhoria das estratégias de como aumentar um maior conhecimento à comunidade acerca desta doença, tendo por base a evidência produzida. Promover a literacia em saúde do diabético tipo 2 é essencial, é imperativo a realização de medidas preventivas para que exista um controlo do aumento da prevalência da diabetes, sendo a intervenção da comunidade, e dos próprios indivíduos e famílias, fundamental.

É necessário contribuir para a capacitação de cada utente para esta participação, com o objetivo de que este seja capaz de identificar as respostas de saúde adequadas às suas necessidades. O aumento da literacia permite que cada pessoa tome consciência de o quanto as suas ações são decisivas para a gestão do processo de saúde-doença. O trabalho por nós realizado ao longo de vários meses durante os Estágios de Mestrado em Enfermagem-Ramo de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública resultou de um projeto desenvolvido na UCSP de Vila do Bispo. Este projeto pretendeu intervir num problema de saúde identificado pela realização do diagnóstico de saúde, a diabetes no idoso.

O projeto foi desenvolvido na área da literacia em diabetes tendo como objetivo geral promover o conhecimento das pessoas idosas do Concelho da Vila do Bispo sobre a DM tipo 2. Foram estabelecidos como objetivos específicos: avaliar o conhecimento sobre a diabetes nos idosos, incentivar a participação das pessoas com mais de 65 anos de idade, em sessões de educação para a saúde acerca da DM tipo 2; aumentar a adesão das pessoas com mais de 65

anos diabéticas às consultas de enfermagem para diabéticos. Os objetivos instituídos permitiram que o projeto se desenvolvesse como planeado, levando assim à concretização das atividades previstas.

A avaliação dos conhecimentos dos idosos sobre diabetes, em que colaboraram um total de 51 indivíduos, maioritariamente do género masculino (54.9%), com uma média de idades de 76.8 anos, permitiu-nos identificar quais os fatores associados ao maior ou menor conhecimento e as áreas com maior défice de conhecimento. Efetivamente permitiu-nos concluir que têm mais conhecimentos os idosos com mais escolaridade e mais novos, do sexo masculino e os idosos diabéticos (embora diferença não seja significativa). Também nos permitiu identificar as áreas em que os idosos têm mais ou menor conhecimento sobre a diabetes. Assim os idosos demonstraram o maior índice de conhecimento sobre a importância do cumprimento do regime terapêutico no tratamento da diabetes e o reconhecimento da inadequada alimentação enquanto um dos factores que pode ser determinante. Verificou-se o maior desconhecimento em relação à relevância de avaliar a acetona na urina.

Para promover a literacia sobre diabetes, aumentando o conhecimento dos idosos, criou-se a consulta específica de enfermagem para pessoas com diabetes, tendo sido feita divulgação da consulta e realizadas 18 consultas a utentes que tinham deixado de fazer a sua vigilância. Consideramos ter assim atingido o objetivo a que nos tínhamos proposto. Realizámos sessões de educação para a saúde tendo como público-alvo a população idosa, atividade que contou com a colaboração também de outros profissionais de saúde. Consideramos também termos atingido o objetivo, lamentando apenas não termos tido oportunidade para realizarmos mais ações. Assegurámos a continuidade do projeto na UCSP através da continuidade da consulta de enfermagem e motivámos os profissionais da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo a dar continuidade em articulação com a UCSP às sessões de educação para a saúde.

Assim ao concluirmos este relatório julgamos ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente. As atividades realizadas, quer as diretamente relacionadas com o projeto quer as restantes, no âmbito de outras atividades da UCSP contribuíram para o nosso processo de aprendizagem conducente à aquisição e ao desenvolvimento das competências implícitas ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

A “enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade” (Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18), ou seja com este projeto temos a perceção clara que compete ao enfermeiro especialista em comunitária e saúde publica observar a sua comunidade e arranjar forma de contribuir para que a vida das pessoas idosas possa ser mais saudável, ou seja tornar possível com a sua ação a obtenção de ganhos em saúde (O.E., 2010).

A realização deste projeto foi para nós, mais um momento de aprendizagem e uma forte motivação para o prosseguimento da nossa atividade como futuras enfermeiras especialistas, junto da comunidade, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidade de quem cuidamos, ajudando principalmente as pessoas a obterem mais literacia em saúde. Tal como refere Saboga Nunes a literacia em saúde cobre duas dimensões, a consciencialização do individuo que aprende e a atuação no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, aspetos benéficos à promoção da saúde (Saboga-Nunes, 2014). Tentámos que as várias atividades permitissem abarcar essas duas dimensões conscientes que o factor tempo e a nossa inaugural experiência em Cuidados de Saúde Primários, se contituíram como limitações.

Temos também presente que o Estágio e a elaboração do relatório nos permitiram também a aquisição das competências de mestre em Enfermagem, previstas no artigo 15º¹⁴ tais como: “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular e evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”

¹⁴ Decreto de Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

O trabalho por nós realizado apresenta algumas limitações. Uma das principais terá sido o questionário utilizado, pois este foi construído para a população diabética e foi por nós aplicado também a pessoas não diabéticas. A nossa sugestão é de este, embora já validado, possa ser reformulado para que se ajuste mais adequadamente à população em geral, diabética e não diabética.

Outra das limitações por nós sentida está relacionada com o facto de termos limitado o nosso estudo sobre o conhecimento sobre a diabetes exclusivamente a uma área geográfica restrita o que também contribuiu para que os resultados não possam ser estendidos a nível regional. Assim, seria interessante que este estudo fosse novamente efetuado numa amostra com maior representatividade geográfica.

Embora sejam várias as limitações consideramos que o nosso trabalho foi/é um contributo para melhorar o conhecimento que os enfermeiros, e outros profissionais de saúde a trabalhar em Vila do Bispo, têm sobre a população idosa diabética da sua área de influência, conhecimento que lhes permite direccionar os seus cuidados no sentido de colmatar as áreas de maior desconhecimento dos idosos quanto à patologia. Por outro lado consideramos também ter contribuído, embora modestamente, para aumentar a literacia em diabetes dos idosos. Em termos académicos este trabalho é também um contributo para o desenvolvimento da investigação, e da ação dos enfermeiros de enfermagem comunitária e de saúde pública.

Com a realização deste relatório concluímos também que é essencial continuar a investir na investigação, bem como na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que é fundamental trabalhar em equipa e realizar parcerias com outras entidades com o objetivo último de beneficiar a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De acordo com a norma APA procede-se à organização das referências bibliográficas, fazendo-se sua distribuição em lista ordenada alfabeticamente.

Aquilano N, Chase Richard B, Jabobs, F. Robert (2006). A administração da produção e operações para vantagens competitivas. 11ª Edição McGraw-Hill Interamericana

Alves, M. D. S., Araújo, M. D. C. F. D., Nascimento, M. P., Ribeiro, F. C., Rebouças, P. T., Santos, T. A. D. & Oliveira, J. I. D. (2016). Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas. UNOPAR

American Diabetes Association (2006). Assistência à diabetes em populações específicas: Idoso. In Guia Clínico Prático da Diabetes 2006, Bayer HealthCare.

American Diabetes Association. (2014). Diagnosing Diabetes and Learning About Prediabetes. Obtido em 15 de Maio de 2017) de American Diabetes Association: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diagnosis/?loc=dbslabnav>

BASTOS, Fernanda (2004) – Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional. Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de mestrado

Berkman, N.; Davis, T.; McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? Journal of Health Communication

Cabral, Manuel Villaverde; Ferreira, Pedro Moura; Silva, Pedro Alcântara; Jerónimo, Paula; Marques, Tatiana (2013) Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Calado, D. (2004). Velhice – Solidão ou vida com sentido? In M. Quaresma (Coord.), O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência (pp. 51-72). Lisboa: Cesdet Edições.

Caldeira, Jorge (2002) – Educação do diabético. In: DUARTE, Rui; [et al.] – Diabetologia Clínica. Lisboa: Lidel

Canadian Council on Learning (2007). Health Literacy in Canada: Initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey.

- Collière, M. (1999) – Promover a vida. 2ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, M. (2002) – Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros. Coimbra: Formasau
- CRUZ, Maria (2011) - Educação para a saúde - intervenção comunitária aos três níveis de prevenção. Lisboa. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado
- Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Saúde de Pessoa Idosas [em linha] DGS, 2004 [Consulta a 12 de Maio de 2017] Disponível na internet: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa.
- Duarte, Rui (2002) – Autovigilância e Métodos de Avaliação do controlo metabólico do diabético. In: DUARTE, Rui; [et al.] – Diabetologia Clínica. Lisboa
- Entwistle, V.; Williams, B. (2008) - Health literacy: the need to consider images as well as words. Health Expectations.
- FERREIRA, Ana (2016) - Influência do Conhecimento da Diabetes no Controlo da Diabetes. Coimbra. Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Monografia realizada no âmbito da unidade de Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
- Ferrito Cândida, Nunes Lucília, Ruivo Maria (2010) - Revista Percursos nº15 Março
- Fonseca, A. (2006) - O envelhecimento. Uma abordagem psicológica [Em linha]. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006 [Consultado a 25 de Maio de 2017]. Disponível na internet: <URL: http://www.uceditora.ucp.pt/resources/Documentos/UCEditora/Indices/2007/8_O%20Envelhecimento.pdf
- Fontaine, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores

Gallego, Rosa; CALDEIRA, Jorge. (2007) - Complicações agudas da diabetes mellitus. Revista Portuguesa de Clínica Geral. [Em linha] Consultado 19 Fev 2010. Disponível na <<http://www.wapmcg.pt/files/54/documentos/20080304103500953596.pdf>>.

Guariguata L., Tim Nolan, Beagley J. Linnenkamp, U. Olivier (2013) - International Diabetes Federation- (Consultado a 23 de Maio de 2017) Online version of IDF Diabetes Atlas: www.idf.org/diabetesatlas

GUERRA, Maria Teresa (2012) - Empoderamento Da Pessoa Com Diabetes Tipo 2- Beja- Instituto Politécnico De Beja Escola Superior De Saúde. Tese de Mestrado

Heide, I., Heijmans, M., Shuit, A.J., Rademakers, E.U.J. (2015). Functional, interactive and critical health literacy: Varying relationships with control over care and number of GP visits. *Patients Education and Counseling*, 98: 998-1004. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.006>

Hesbeen, W. (2000) – Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-11-8. Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2012

International Council Of Nurses (2010) - Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica [Em linha]. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros. [Consult. 07 Nov. 2010]. Disponível em WWW:.

International Diabetes Federation. (2013). IDF Diabetes Atlas sixth edition. In *Diabetes Atlas* (6ª Edição ed.). International Diabetes Federation.

Jack, Leonard [et al.] (2004) - The psychosocial aspects of diabetes care: using collaborative care to manage older adults with diabetes. *Geriatrics*. Vol. 59, nº 5

Jackson, I. L., Adibe, M. O., Okonta, M. J., & Ukwe, C. V. (2014). Knowledge of selfcare among type 2 diabetes patients in two states of Nigeria. *Pharmacy practice*

Jacob, Luís. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Âmbar.

Kobylarz, F.A.; Pomidor, A.; Heath, J.M. (2006)- A mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics*

Lopes, M. (2006) - A Relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.

LUIS, L. F. (2010). Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública.

MACEDO, Maria. (2016). Consulta de enfermagem de diabetes mellitus em contexto hospitalar. Portalegre. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Tese de Mestrado

MARQUES, João Pedro (2015) - Literacia em saúde: avaliação através do european health literacy survey em português num serviço de internamento hospitalar. Lisboa. Instituto Universitário de Lisboa. Tese de Mestrado

Ministério Da Saúde (2013) - Administração Central de Sistema de Saúde- Departamentos de Contratualização. Administrações Regionais de Saúde

Molina P.D. e TARRES P.P. (2004) Terapia Ocupacional em Geriatria: Princípios y Práctica (2ªEd.) Barcelona: Masson

Moniz, J. (2003) – A Enfermagem e a pessoa Idosa: a prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência

Moura, C. (2009) Século XXI – seculo do envelhecimento. Estudos, Goiânia

Nogueira, Nilbo Ribeiro (2005) – Pedagogia dos projetos: etapas, papéis e atores. Tatuapé: Editora Érica

Nunes, L. S. (2013). Literacia & Saúde. European Health Literacy Survey

Observatório Nacional De Diabetes (2009). Diabetes: Factos e Números. Consultado 4 Maio de 2017. Disponível na <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012769.pdf>>.

Oliveira, J. H. B. (2005). Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. 2ª Edição. Porto: Legis Editora.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2008). www.who.int/mediacentr. Acedido a 10 de Junho de 2011 em <http://www.who.int>.

Organização Mundial de Saúde (2002). Cuidados inovadores para condições crónicas: componentes estruturas da acção. Relatório Mundial. [Em linha] Consultado 11 Maio 2017. Disponível na <<http://www.who.int/chronic-conditions>>.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos: [em linha]. OE, 2010 [Consultado a 2 de

Março de 2017]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). REGULAMENTO N.º 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário de República, 2.ª série (N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011)), 8648–8653. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Osorio A.R. (2007) - Contexto Social e Intervenção Educativa: As pessoas idosas. Horizontes Pedagógicos- Piaget

Pierin (2001) – Adesão ao tratamento: O grande desafio da Diabetes Mellitus. São Paulo: Lemos Editorial

Pender, N.J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. (2011). Health Promotion in Nursing Practice (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Pocinho, Ricardo, S. P. (2014) Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València.

Portero, K. & Cattalini, M. (2005). Mudança no Estilo de Vida para Prevenção e Tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 2. Saúde Revista, 63-69. [16].

Reis, L. A. (2010). O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde. Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

Ribeiro, Óscar e Paúl, Maria Constança (2012), Manual de gerontologia: aspetos bio comportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento, Editor Lidel

Rodrigues, Jorge (2003) - Planeamento e Controlo de Gestão. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais

Rosa, Silva, Faria, Soares (2016) – Conduitas de Enfermagem a pessoa idosa portadora de diabetes tipo 2 com atenção às suas singularidades: Estudo de caso. Revista de Saúde uniAGES, Paripiranga, Bahia, pp. 111-125- Brasil

ROSAS, Maria (2015) - Gestão da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes: que modelo de cuidados? Porto. Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Tese de Mestrado

Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (pp. 699-715). Loures: Lusociência

SALVADO, S. S. (2012). A educação na pessoa com diabetes tipo 2 para a adesão às atividades de autocuidado. Viseu: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado

Saúde Pública. (2003, junho). Cad. Saúde Pública,19 (3). Rio de Janeiro (RJ).

Schneider, Rodolfo; Irigaray, Tatiana (2015) - O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia

Silva M. (2005) Saúde mental e idade avançada. Uma perspetiva abrangente. Envelhecer em Portugal psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa. Climepsi editores.

Silva, S. V., Ferreira, I., Cruz, A. R., Ricardo, M., Pereira,C., Alves, R., & Correia, J. A. (2015) Auditoria clínica ao tratamento da Diabetes mellitus num serviço de Medicina Interna – O internamento como janela de oportunidade Revista portuguesa de endocrinologia, diabetes e metabolismo.

Simões, A. (2006). A nova velhice- Um novo público a educar. Porto. Ambar

Soares Tanqueiro, Maria Teresa de Oliveira (2013) - A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 9, marzo, 2013, pp. 151-160- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2012). Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus In www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=30. Acedido em 23 de Maio de 2017 em <http://www.spd.pt>.

Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, (2012)- Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.

World Health Organization. 2012. Good Health Adds Life to Years: Global brief for World Health Day 2012. World Health Organization. [Online] 2012. http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf

VIDEIRA, J. (2011). Diabetes Mellitus, complicações e o nível socioeconómico e cultural. Coimbra. Tese de Mestrado

Xavier, A. T. F., Bittar, D. B. & Ataíde, M. B. C. (2009). Crenças no Autocuidado em Diabetes – Implicações para a Prática.

Zimmerman G.I. (2000) Velhice-Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed

ANEXOS

**ANEXO I- AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO NA
ERPI DE VILA DO BISPO**



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 9/81, 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 ZY2, válido até 28/02/2022, na qualidade de Provedor, autoriza a Ângela Maria Gonçalves Ferro Santos a realizar o projecto “ Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas”

Vila de Sagres, 03 de Novembro de 2017

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE VILA DO BISPO
LAR DE IDOSOS
VILA DE SAGRES
NIF 501 347 160
A *Angela*
O Provedor
(Armindo Vicente)

ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DO ACES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



170118 000694

Exma. Senhora
Ângela Maria Gonçalves Ferro Sanos
Praça Sérgio Martins, Lote 1 R/c Dto
8600-781 Lagos

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: Gab. CD PROC. Nº:	17-01-2018

ASSUNTO: Projeto "Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas"

Serve o presente para informar V. Exa. que o projeto "Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas" foi aprovado por deliberação do Conselho Diretivo datada de 11 de janeiro de 2018.

Com os melhores cumprimentos

Josélia Gonçalves
Vogal do Conselho Diretivo
da ARS Algarve, I.P

ANEXO III- QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DA DIABETES

Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD)

Maria Rui Sousa, Teresa McIntyre, Teresa Martins, Elsa Silva

Questões	Verdadeiro	Falso	Não sei
1. Para a doença não piorar deve fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue	x		
2. No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico	x		
3. Para a doença não piorar a quantidade de açúcar no sangue deve estar próximo dos valores normais	x		
4. Para a doença não piorar é importante vigiar a tensão arterial	x		
5. Devido à diabetes outros problemas de saúde podem causar doenças nos olhos	x		
6. Devido à diabetes outros problemas de saúde podem surgir sem o diabético dar por isso	x		
7. No tratamento da diabetes é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos	x		
8. Para a doença não piorar é importante avaliar a acetona na urina	x		
9. Para a doença não piorar os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos		x	
10. No tratamento da diabetes uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico	x		
11. A diabetes é uma doença que dura pouco tempo		x	
12. A diabetes é uma doença que vai durar para o resto da vida	x		

Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas

13. A diabetes é uma doença que é de longa duração	x		
14. A diabetes é uma doença que cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico		x	
15. A diabetes é uma doença que aparece e desaparece		x	
16. A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável	x		
17. A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física	x		
18. A diabetes é definida por ter açúcar a mais no sangue	x		
19. A diabetes pode ser causada por ter peso a mais	x		
20. A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes	x		

ANEXO IV- AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas

Pedido de autorização

Caixa de entrada x



Maria Rui

mariarui@esenf.pt

Maria Rui <mariarui@esenf.pt>

9/05



para mim



[Mostrar detalhes](#)

Bom tarde Angie

Autorizo a utilização do **Questionário dos Conhecimentos da Diabetes**.

Envio, em anexo, o **questionário** na versão reduzida e na versão longa (com a respetiva correção).

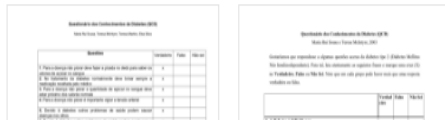
Gostaria que depois me desse a sua opinião acerca do **questionário** e que me pudesse orientar para a consulta da sua tese. Se precisar de algum esclarecimento adicional estarei disponível.

Desejo-lhe um ótimo trabalho.

Com os melhores cumprimentos

Maria Rui Sousa

2 Anexos



APÊNDICES

APÊNDICE I- CONVITE

Estilos de Vida Saudável e a Diabetes



SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

LOCAL: Santa Casa Da Misericórdia Da Vila
Do Bispo

FORMADORA: Enf. Ângela Santos

DURAÇÃO: 45 minutos

APÊNDICE II- PLANO DE SESSÃO

Fase da sessão	Sequência didática	Conteúdos	Metodologias	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Tema: Diabetes	Apresentação do Tema; Objetivos da sessão	Expositivo	Computador Projetor	10'
		Apresentação dos formandos e expectativas da sessão (saber quantos diabéticos existem em cada sessão)	Debate		
Desenvolvimento		Definição da diabetes; Prevenção dos fatores de risco; Rastreio e diagnóstico;	Expositivo e debate	Computador e projetor	45'

Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas

		Tratamento das complicações			
Conclusão	Fecho da sessão	Resumo dos temas			10'

APÊNCIDE III- FOLHETO

Qualidade de Vida e Mudança de Hábitos

- Equilíbrio entre vida pessoal e profissional;
- Hábitos saudáveis;
- Hidratação adequada;
- Nutrição equilibrada;
- Prática regular de atividades físicas;
- Respeito ao sono;
- Tempo para lazer;
- Saúde Espiritual.



Sinais e Sintomas da Diabetes

- Urinar a toda hora
- Sede excessiva
- Cansaço
- Perda de peso
- Fome frequente
- Visão embaçada
- Infecções
- Cetoacidose diabética
- Cicatrização lenta



Diabetes tipo 2



Realizado por:

Angela Ferro Santos|



DIABETES TIPO 2

A DM tipo 2 é uma doença crónica que surge quando o corpo não consegue produzir insulina suficiente ou não pode usar insulina de forma eficaz e esta tem vindo a aumentar drasticamente nos últimos anos.

(International Diabetes Federation, 2013)



O conhecimento da pessoa com DMII, acerca a sua doença e aspetos relacionados com o tratamento, têm sido vistos como fundamentais para a gestão desta doença crónica tão complexa. (Videira, 2011)

Literacia em Saúde

A literacia em saúde envolve uma diversidade de capacidades dos indivíduos face a decisões relacionadas com a saúde.



O acesso que cada pessoa tem à informação, a sua compreensão e avaliação, determinam formas de interação com os sistemas de saúde, tanto na promoção da saúde como na prevenção da doença ou nos próprios cuidados de saúde, através da tomada de decisão consciente e informada, colaborando de forma positiva ou negativa para o atingimento da saúde ótima. (Marques, 2015)

Cuidados a ter...

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008), as pessoas com DM devem ter as seguintes metas preventivas e terapêuticas orientadoras:

- Tensão arterial: <130/80 mmHg;
- Cessação tabágica: Obrigatória;
- Atividade física regular: 30-45 minutos/dia;
- Controlo de peso: IMC (kg/m²) <25 (em caso de excesso de peso – redução de 10%);
- Diâmetro da cintura: Homem <94 cm e Mulher <80 cm (Direção Geral de Saúde, 2008).



APÊNDICE IV- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, Ângela Maria Gonçalves Ferro Santos, portadora do cartão do cidadão n 12507055, representado 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 “Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas”. Solicita 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: ____/____/2017, Vila do Bispo

APÊNDICE V- ARTIGO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Unidade Curricular Estágio II

2º Ano | 1º Semestre

ARTIGO

CONHECER A DIABETES

Docente Orientadora:

Professora Doutora Ana Paula Gato

Realizado por:

Ângela Ferro Santos n.º.36918

Évora, 26 de Janeiro 2018

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Unidade Curricular Estágio II

2º Ano | 1º Semestre

ARTIGO

CONHECER A DIABETES

Docente Orientadora:

Professora Doutora Ana Paula Gato

Realizado por:

Ângela Ferro Santos n.º.36918

Évora, 26 de Janeiro 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO..... 117

OBJETIVO..... 119

METODOLOGIA..... 119

DISCUSSÃO DE RESULTADOS 133

CONCLUSÃO..... 136

ÍNDICE DE FIGURAS:

FIGURA 1 121

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA X 1 124

Conhecer a Diabetes: uma revisão integrativa sobre a Literacia em diabetes nas pessoas idosas

Autora: Ângela Santos

Resumo:

O aumento da esperança de vida é uma evidência nos dias de hoje mas verifica-se que a população idosa se encontra cada vez mais sob elevados riscos de desenvolver doenças à medida que envelhece.

A Diabetes Mellitus tipo 2 representa uma ameaça para a saúde humana e para os idosos em particular. É essencial a participação dos idosos nos processos de promoção de saúde, no sentido de prevenir, ou retardar a doença, diminuir os riscos associados, e aumentar a sua autonomia na gestão da doença.

O objetivo deste artigo é avaliar o nível de literacia em diabetes nas pessoas idosas, relacionando os níveis de conhecimento sobre a diabetes com as suas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja colheita de dados foi realizada nos meses de Novembro e Dezembro de 2017, nas bases de dados LILIACS e RCAAP.

Obtivemos um total de 4 artigos acerca desta temática, e após análise dos mesmos, permitiu-nos verificar um reduzido nível de literacia em diabetes na amostra de participantes em ambos os estudos. Verificamos que o género masculino parece revelar maior conhecimento do que o feminino. Conclui-se que existe uma necessidade de aposta em projetos educacionais comunitários para aumentar a literacia em diabetes.

Palavras -Chave: Diabetes; Idosos, Literacia

Diabetes Understanding: An Integrative Review on the Importance of Diabetes Literacy in the Elderly

Author: Ângela Santos

Abstract:

The increase in life expectancy is evidence nowadays but it turns out that the elderly population is increasingly at high risk of developing diseases as they age.

Type 2 Diabetes Mellitus poses a threat to human health and the elderly in particular. The participation of the elderly in health promotion processes is essential in order to prevent or delay the disease, reduce the associated risks, and increase their autonomy in the management of the disease.

The aim of this article is to evaluate the level of diabetes literacy in the elderly, relating the levels of knowledge about diabetes with its

sociodemographic and clinical variables.

It is an integrative review of the literature, whose data collection was performed in November and December 2017, in the LILACS and RCAAP databases.

We obtained a total of 4 articles about this subject, and after analyzing them, allowed us to verify a low level of diabetes literacy in the sample of participants in both studies. We found that the masculine gender seems to reveal greater knowledge than the feminine. It is concluded that there is a need to focus on community educational projects to increase literacy in diabetes.

Key-words: Diabetes; Old people, Literacy

INTRODUÇÃO

Com o decorrer da vida, desde a infância, passando pela adolescência até a idade adulta e posteriormente a velhice, o corpo passa por inúmeras alterações de desenvolvimento. Sendo que na velhice essas alterações são mais significativas, contudo muitas delas são consideradas negativas e de difícil aceitação, não somente pela pessoa, mas também pela sociedade.

Segundo a DGS, o envelhecimento consiste num processo de deterioração endógena e irreversível das aptidões funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e intrínseco à própria vida, igual à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação, ou seja, é um processo constante, ativo e diferencial. Inicia-se muito antes de alcançarmos a idade adulta e constrói-se ao longo da vida (Pina, 2013,p.19, cit por OMS 2005).

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) divulgou que o envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população revelando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é efeito dos processos de declínio da natalidade e de

aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI. Em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, confirma-se que em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade).

Simões (2006), menciona que nos últimos anos, verifica-se o crescimento do número de idosos no nosso país e, naturalmente, o decréscimo do número de jovens, resultando num duplo envelhecimento da população.

Segundo a OE (2011), a saúde de cada pessoa depende de múltiplos aspetos, particularmente do seu projeto de vida, dos comportamentos e estilos de vida que decide seguir. Espera-se que na sociedade atual que todos possuam meios e recursos que lhes possibilitem desenvolver capacidades e competências para traçar um caminho pessoal e coletivo em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

A Educação para a Saúde, surge como um meio simplificador deste

trajeto, no sentido de preparar as pessoas para um papel ativo na saúde. Um dos seus principais objetivos é auxiliar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, comprometendo-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam aptas para colaborarem nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis. (OE, 2011)

O ensino de novos saberes faz parte integrante da educação, mas não é a sua essência. A essência da educação é o treino do comportamento até à criação do hábito (Caldeira, 2002).

Já Entwistle e Williams (2008) defendem que a literacia em saúde constitui um recurso importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde. No entanto, existe ainda necessidade de estudar formas para a desenvolver e fazer com que consista numa verdadeira influência nos cuidados de saúde. Estes autores recomendam que não se deve considerar apenas as competências de leitura mas também a numeracia, as competências de fala e audição e os conhecimentos conceptuais e culturais.

Segundo Luís (2010), o nível de Literacia em Saúde de um indivíduo, é

dependente de diferentes experiências e vivências da vida: a educação, as capacidades individuais, a infância, o envelhecimento, as condições de vida pessoal, familiar e de trabalho, as diferenças de género, a cultura e a linguagem. De um modo geral, observa-se que o aumento da literacia em saúde é dever de toda a sociedade. A

educação para a saúde na comunidade é uma ferramenta essencial para uma intervenção crítica da sociedade, favorecendo todos os seus membros, uma vez que promove a construção da saúde em comunidade garantindo estilos de vida saudáveis e uma maior literacia em saúde (Silva, Pereira, Lima, Machado de Matos & Martins, 2014).

A educação para a saúde é, pois, um processo que tem como objetivo capacitar a pessoa a atuar conscientemente perante novas situações que ocorram na sua vida. (Salvado, 2012)

A DM tipo 2 é uma doença crónica que surge quando o corpo não consegue produzir insulina suficiente ou não pode usar insulina de forma eficaz (International Diabetes Federation, 2013) e tem vindo a aumentar nos últimos anos. De

acordo com a IDF (2013) a DMII é desconhecida pelos utentes durante um longo períodos de tempo, isto porque os sintomas podem levar anos a aparecer e ser reconhecidos. No entanto, durante esse tempo o organismo está a ser lesado pelo excesso de glicose no sangue. Frequentemente, só quando aparecem complicações é que é diagnosticada a doença. Na maior parte dos casos, as pessoas antes de desenvolverem diabetes tipo 2, têm pré-diabetes, ou seja, níveis de glicose no sangue que são mais altos do que o normal, mas ainda não alto o suficiente para ser diagnosticado como diabetes (American Diabetes Association, 2014).

O conhecimento da pessoa com DMII, acerca a sua doença e dos aspetos relacionados com o tratamento, têm sido vistos como fundamentais para a gestão desta doença. (Videira, 2011). Ao longo das últimas três décadas, o número de casos de Diabetes duplicou em todo o mundo, tornando-se um dos principais desafios de saúde pública. Daí o interesse manifestado na realização de um estudo centrado nesta doença.

OBJETIVO

Pela nossa experiência prática, assiste-se ao abandono das consultas do diabético e inadequada gestão terapêutica em idosos diabéticos com baixo grau de literacia, facto também evidenciado pela literatura. (Bastos, 2004)

O sucesso na abordagem da diabetes exige competências para aumentar a adesão e cumprimento do esquema terapêutico que excedam as posições de culpabilização do individuo, (Beaser & Brown, 2013, p.394; Rothman et al, 2015). Exige-se hoje que a educação para a saúde envolva a participação, e estimule a autonomia, das pessoas e famílias.

Assim surge necessidade de realizar uma revisão integrativa sobre a Literacia em pessoas idosas diabéticas, com o objetivo de avaliar o seu nível de literacia em diabetes, relacionando os níveis de conhecimento sobre a diabetes com as suas variáveis sociodemográficas e clínicas.

METODOLOGIA

No período decorrido entre Novembro, Dezembro de 2017

procedeu-se à pesquisa em 2 bases de dados (RCAAP e LILACS) com as palavras *Literacia*, *Diabetes*, *idosos*, nas línguas portuguesa e inglesa, bem como o operador booleano AND, num total de seis formulações diferentes.

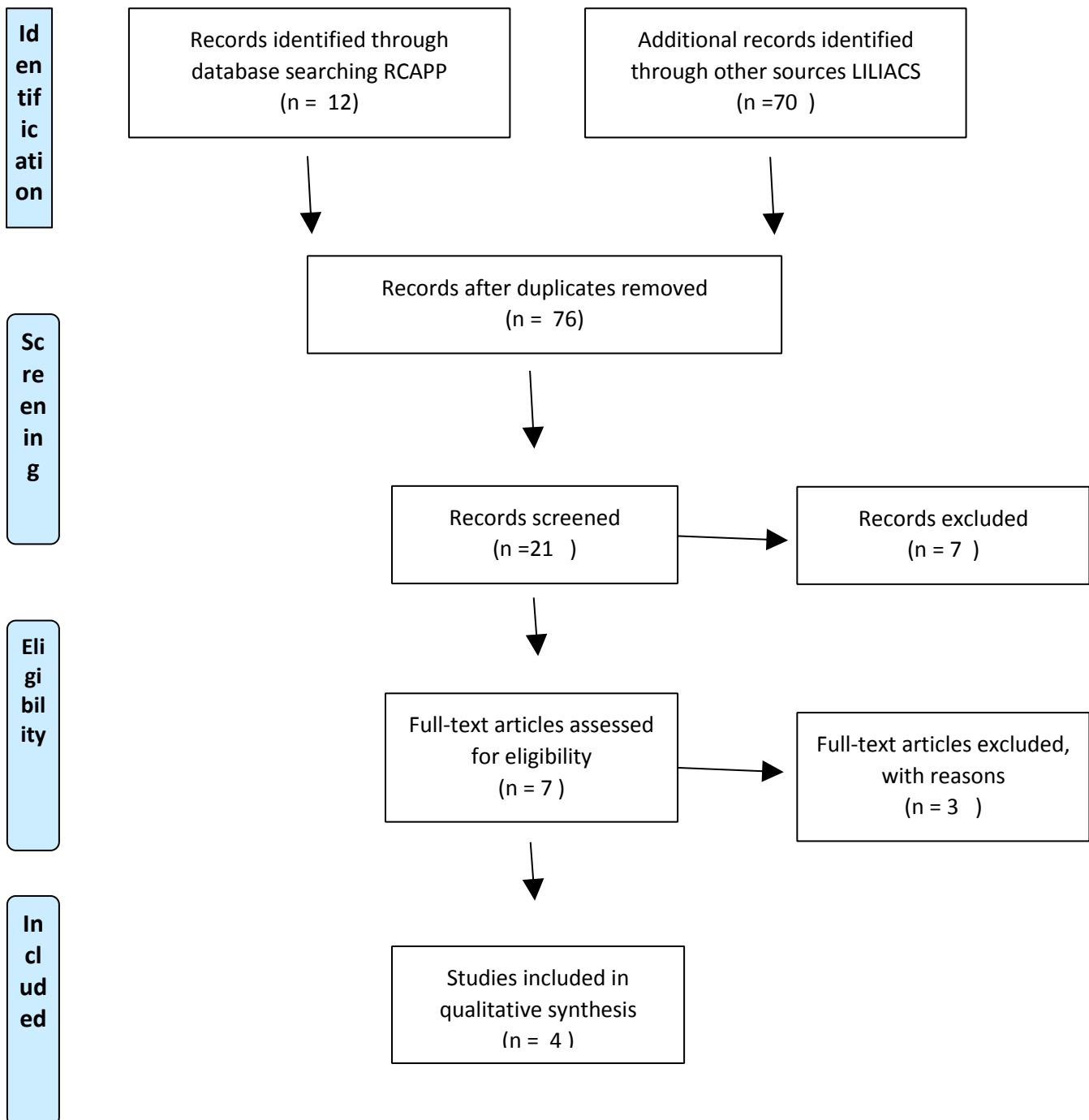
Devido ao elevado número de resultados obtidos numa primeira pesquisa, optámos pela aplicação imediata de critérios de inclusão: texto completo e publicações até seis anos

(2012-2017) e idioma (português ou inglês). Os critérios de exclusão – foram: estudos secundários sobre pessoas idosas. A aplicação destes critérios limitou os resultados a um total de 82 artigos, com exclusão de 6 duplicados, os quais, após leitura do título foram reduzidos a 21 e posteriormente a sete com a leitura do resumo. Depois de aplicados os critérios de exclusão obtivemos um total de 4 artigos, conforme Fig. 1.



Figura 3

PRISMA 2009 Flow Diagram



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, escolhemos a utilização de uma grelha de avaliação adaptada às características dos artigos obtidos, quantitativos e qualitativos, seguindo o

desenho metodológico de Joanna Briggs. Assim, submetemos um total de 4 artigos às grelhas de avaliação conforme tabela X.

Estudo 1	Autor	Ano	Título	Resultados e conclusões
Estudo descritivo-correlacional	Patrícia Isabel Fonseca Fernandes	2014	Promoção da Literacia e Capacitação em Pessoas com Diabetes tipo 2, no ACES do Alto Minho	<p>Objetivos: Avaliar a capacidade de controlo, os conhecimentos e a qualidade de vida em pessoas com diabetes tipo 2 e estudar a relação entre estas dimensões da literacia e as variáveis sociodemográficas e clínicas da população seguida no ACES do Alto Minho.</p> <p>Metodologia: Foi analisada uma amostra de 276 pessoas com DM, sendo que 135 (48,9%) são do sexo masculino e 140 (50,7%) são do sexo feminino e 1 (0,4%) não responde. A idade média \pm desvio padrão (dp) é de $64,67 \pm 11,74$ anos com uma escolaridade igual ou inferior ao ensino básico (80,9%) Quando questionados sobre com quem vivem, 17 (6,2%) das pessoas diabéticas responderam que vivem sozinhos e 249 (90,2%) responderam que vivem acompanhados Os homens apresentam maior escolaridade do que as mulheres</p> <p>Conclusão: Neste estudo, as mulheres evidenciaram menos conhecimentos, o que poderá estar relacionado com o menor nível de escolaridade das mesmas. Verificou-se que a idade interfere tanto na capacidade de controlo da DM como nos conhecimentos, ou seja, os mais novos têm mais conhecimentos</p>

				e também melhor capacidade de controlo da doença.
--	--	--	--	---

Tabela X 1

Estudo	Diabetes	Protocolo	Ano	População	Título	Resultados e conclusões
Investigação descritivo-correlacional		José Luís Pereira Domingues	2015		Avaliação da literacia, da qualidade de vida e da capacitação em utentes com diabetes do tipo 2 centros de saúde do grande Porto	<p>Objetivos: Avaliar os Conhecimentos, a Capacitação e a Qualidade de Vida na Diabetes tipo 2, em participantes portadores desta doença, utilizando como variáveis de controlo o Género, a Faixa Etária e as Habilitações Literárias. Pretendeu-se igualmente estudar as correlações entre os Conhecimentos, a Capacitação e a Qualidade de Vida na Diabetes tipo 2 nesses mesmos doentes.</p> <p>Metodologia: Neste estudo participaram 249 indivíduos inscritos em centros de saúde do distrito do Porto, com diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada há mais de 12 meses, e que aceitaram participar no estudo, tendo por base uma amostra sequencial e de conveniência. A participação foi voluntária e sujeita a consentimento informado. Foram estudados 166 (66,7%) participantes do sexo feminino e 83 (33,3%) do sexo masculino, com uma idade média de 66,4 anos não havendo diferenças estatisticamente significativas na idade entre homens e mulheres. No que se refere ao estado civil, verificámos que 53,0% das mulheres e 89,2% dos homens são casados.</p>

			<p>Os homens apresentam maior escolaridade do que as mulheres.</p> <p>Conclusão: Os resultados evidenciaram correlações positivas entre a Capacitação em Diabetes e a Qualidade de Vida ($r=0,339$; $p < 0,001$), assim como entre os Conhecimentos em Diabetes e a Qualidade de Vida ($r=0,192$; $p=0,040$). Pelos resultados também verificámos que o Género Masculino tem maior Capacitação em Diabetes que o Género Feminino ($p=0,029$; $t=2,374$) e também maior Qualidade de Vida ($p=0,049$; $t=1,992$); constatámos que quanto maiores são as Habilitações Literárias maior é a Capacitação em Diabetes ($p=0,031$), a Qualidade de Vida ($p=0,002$) e os Conhecimentos em Diabetes ($p < 0,001$); verificámos também que quanto menor é a Faixa Etária maior é a Qualidade de Vida ($p < 0,001$) e os Conhecimentos em Diabetes ($p < 0,001$). O conjunto dos resultados não confirma a correlação entre Conhecimentos em Diabetes e Capacitação em Diabetes ($r=0,093$; $p > 0,349$), contudo, confirma a existência de diferenças na Capacitação em Diabetes, nos Conhecimentos em Diabetes e na Qualidade de Vida consoante o Género, o Grau de Habilitações Literárias e a Faixa Etária. .</p>
--	--	--	---

--	--	--	--	--

Estudo 3	Autor	Ano	Título	Resultados e conclusões
Investigação descritivo-correlacional	Isabel Cruz Cordeiro Lopes	2014	Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde	<p>Objetivos: Ajudar a pessoa com diabetes a gerir o seu regime terapêutico de forma eficaz é um grande desafio para equipa de saúde, que faz desta área o seu foco de atenção, promover a literacia em saúde, capacitar as pessoas com diabetes tipo 2 a gerir a sua saúde e a prevenir complicações secundárias.</p> <p>Metodologia: Implementou-se um programa de educação, numa amostra de 19 pessoas com diabetes tipo 2 e avaliou-se os conhecimentos acerca da doença antes e após a implementação do mesmo, através de um questionário de conhecimentos e autocuidados. O programa de intervenção teve a duração de dois meses, com início a 19 de Fevereiro e término a 22 de Abril de 2014, demonstrou que, houve melhoria estatisticamente significativa para o total da escala de conhecimentos, para o total da escala de autocuidados. O modo de avaliação do projeto foi através da utilização dos questionários de conhecimentos (DKQ-</p>

			<p>24), a Escala de Atividades de Autocuidado com Diabetes (SDSCA) e o questionário de literacia Newest Vital Sign- versão portuguesa, comparando os resultados antes do projeto e após a implementação do projeto.</p> <p>Conclusão: Verifica-se que a maioria dos participantes é do sexo masculino, existindo maior percentagem de mulheres no grupo que não acabou a intervenção (26.3% vs 42.9%).</p> <p>Observando as habilitações académicas verifica-se que no geral o grau de escolaridade é baixo, sendo que no segundo grupo a totalidade dos participantes só estudou até ao 4º ano.</p> <p>Relativamente ao tipo de tratamento para a Diabetes, este é maioritariamente composto apenas por antidiabéticos orais (73.1%). A maioria dos participantes é casada (76.9%) e reformada (84.7%).</p> <p>Verifica-se que os participantes apresentam em média 66.65 (± 5.91) anos, variando entre 57 e 80 anos.</p> <p>A “Hemoglobina glicada” média é de 6.8% (± 1.11). Os participantes são diabéticos em média, há cerca de 12 anos (11.77 ± 9.21 anos), com o mínimo de 1 ano e o máximo de 36 anos de doença diagnosticada.</p>
--	--	--	---

Estudo 4	Autor	Ano	Título	Resultados e conclusões
Estudo qualitativo	Roberta Busnello Raquel Foschiera Amanda Sachetti Caroline Fontana Sara Romano Viviane Rech	2012	Nível de conhecimento de idosos sobre Diabetes Mellitus e sua percepção em relação à qualidade de vida	<p>Objetivos: Identificar alguns aspectos dos níveis de conhecimento e de percepção da qualidade de vida de idosos sobre a Diabetes Mellitus (DM).</p> <p>Metodologia: Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa. Participaram do estudo quatro grupos de idosos que frequentam os Centros de Assistência Integrada à Saúde (CAIS) da cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Utilizou-se uma amostra de 78 indivíduos idosos, sendo 70 do sexo feminino e 8 do sexo masculino, com idades variadas entre 60 a 80 anos, idosos que se disponibilizaram à realização da pesquisa, sendo que 62 indivíduos não eram diabéticos e 16 indivíduos eram portadores da doença, com</p>

				<p>ambos os grupos respondendo ao mesmo questionário.</p> <p>Conclusão: Com base no exposto, observa-se que há uma grande necessidade de serem repassadas maiores informações e medidas preventivas sobre a DM para a população idosa, portadora ou não da doença, pois os níveis de conhecimento obtidos mostram a desinformação dos idosos quanto à prevenção, tratamento e qualidade de vida em relação a esta patologia que hoje se apresenta como um problema de saúde pública.</p>
--	--	--	--	---

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Todos os estudos recolhidos, têm como objetivo comum avaliar os conhecimentos que as pessoas diagnosticadas, com ou sem diabetes, possuem acerca desta doença.

No (E1), foi analisada uma amostra de 276 pessoas com DM, sendo que 135 (48,9%) são do sexo masculino e 140 (50,7%) são do sexo feminino e 1 (0,4%) não responde. A idade média é de 64,67. Quando questionados sobre com quem vivem, 6,2% das pessoas diabéticas responderam que vivem sozinhos e 90,2% responderam que vivem acompanhados. Em relação às habilitações literárias, cerca de 7,7% dos inquiridos não sabe ler nem escrever, 73,2% dos inquiridos têm o ensino básico, 16,2% têm o ensino secundário e apenas 2,9% tem o ensino superior.

No (E2), a seleção da amostra fez-se através de amostragem probabilística aleatória simples constituída por todos os doentes com diagnóstico de diabetes tipo 2 que se deslocaram aos referidos Centros de Saúde para consultas de controlo nas

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Madalena, ambos pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VIII - Espinho/Gaia., no período entre agosto e outubro de 2014, representando um total de 116 inquiridos, com idades compreendidas entre os 35 e os 89 anos de idade. Foram selecionados os indivíduos com diabetes tipo 2, pelo facto de ser o tipo de diabetes para o qual os estilos de vida adotados mais influenciam a doença. A participação foi voluntária e sujeita a consentimento informado. Foram estudados 166 (66,7%) participantes do sexo feminino e 83 (33,3%) do sexo masculino, com uma idade média de 66,4 anos não havendo diferenças estatisticamente significativas na idade entre homens e mulheres.

No (E3), foi implementado um programa de educação, numa amostra de 19 pessoas com diabetes tipo 2 e foram avaliados os conhecimentos acerca da doença antes e após a implementação do mesmo, através de um questionário de conhecimentos e autocuidados. O programa de intervenção teve a duração de dois meses, Verificou-se uma melhoria significativa para o total da escala de conhecimentos, para o total da

escala de autocuidados e literacia em saúde.

No (E4), procurou-se identificar alguns aspetos dos níveis de conhecimento e de perceção da qualidade de vida de idosos sobre a Diabetes Mellitus. A amostra foi constituída por 78 indivíduos idosos, antes e após as orientações sobre a patologia. Os dados apresentados nesta pesquisa mostram a deficiência nos conhecimentos dos idosos referentes à prevenção da patologia, tanto quanto sobre o tratamento e manutenção da qualidade de vida dos já portadores.

Nos (E1) e (E2), verificamos que as mulheres evidenciaram menos conhecimentos, o que poderá estar relacionado com o menor nível de escolaridade das mesmas. No (E3) os autores relatam que a maioria dos participantes da amostragem são do género masculino, relatando que no final do estudo, os participantes demonstraram maiores conhecimentos acerca da diabetes, o que se conclui, que se existiu uma melhoria significativa para o total de conhecimentos, o género masculino em ambos os estudos é o que possui mais conhecimentos a nível da Diabetes tipo 2. No (E4), foram avaliados 78 idosos, com idade entre 60

a 80 anos, sendo 89,7% indivíduos do sexo feminino e 10,3% indivíduos do sexo masculino. A percentagem de idosos com diabetes há mais de um ano é de 21%; e idosos que não apresentavam a doença, 79%, verificando-se um maior percentual de mulheres idosas com DM em relação aos homens.

Vários autores confirmam que o aumento do conhecimento acerca da doença bem como a alteração de hábitos de vida saudáveis não são suficientes para estabelecer a glicemia capilar (Tinoco, Brito, Sant'Anna, Abreu, Mello, Silva, Franceschini & Pereira, 2006); ambos referem que é necessário cumprir uma dieta e realizar atividade física. Além disso, os indivíduos diabéticos, devem compreender e conhecer a sua doença e serem encorajados a participar em sessões de educação para a saúde. (Torres, 2009).

Verifica-se que em todos os estudos a idade média das amostras é entre os 65 e 69 anos de idade, verificando-se também que a maioria dos indivíduos são casados, ou vivem acompanhados.

Quanto às habilitações literárias no (E1), cerca de 21 (7,7%) dos inquiridos não sabe ler nem escrever,

199 (73,2%) dos inquiridos têm o ensino básico, 44 (16,2%) têm o ensino secundário e apenas 8 (2,9%) tem o ensino superior. No (E2), podemos verificar que a maioria dos participantes tinha frequentado apenas o Ensino Básico (72,41%).

No (E3), verifica-se que no geral o grau de escolaridade é baixo, sendo que a maioria dos participantes só estudou até ao 4º ano.

Todos os estudos evidenciaram que o Género Masculino tem maior Capacidade de Controlo da Diabetes que o Género Feminino e também maior Qualidade de Vida, constatámos que quanto maior são as Habilitações Literárias maior é a Capacidade de Controlo da Diabetes.

No (E4) os autores não fizeram referência das habilitações literárias dos inquiridos, pelo que não nos foi possível verificar qual o grau de escolaridade das pessoas que participaram no estudo, verificando-se no entanto que a maioria eram do sexo feminino. Todos apresentavam condições de efetuar as atividades propostas e não poderiam apresentar fatores que interferissem nas colheitas de dados, a saber: não colaboração, instabilidade hemodinâmica, doença neuromuscular e

indisponibilidade para realização do programa As investigadoras foram preparadas para atuarem de forma uníssona quanto à colaboração aos idosos e na colheita de dados, com a finalidade de não existir disparidade durante a aplicação do questionário.

No (E1), verificou-se que quanto menor é a Faixa Etária maiores são a Qualidade de Vida e os Conhecimentos em Diabetes. Os autores do (E2), defendem que a idade interfere tanto na capacidade de controlo da DM como nos conhecimentos, ou seja, os mais novos têm mais conhecimentos e também melhor capacidade de controlo da doença.

No (E3) após a implementação de sessões de educação para a saúde, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimentos das pessoas diabéticas acerca da sua doença, verificou-se que os níveis de conhecimentos aumentaram após o programa de educação 35%. O nível de escolaridade é considerado fator determinante na efetividade deste tipo de programas, uma vez que os indivíduos necessitam de adquirir conhecimentos para fortalecerem o autocuidado. No decorrer do programa os participantes demonstraram interesse pelos aspetos mais Literacia e Educação Terapêutica.

No (E4), após a implementação das sessões de educação para a saúde, verificou- observou-se um aumento na quantidade de respostas assertivas após a intervenção, ao passar de 47 para 60 idosos. Neste estudo também se verificou um maior percentual de mulheres idosas com DM em relação aos homens.

CONCLUSÃO

A amostra total de 4 artigos conseguiu incluir diferentes realidades, o que nos permitiu verificar qual a causa de maior aliteracia nos diabéticos tipo 2 acerca da sua doença.

Verificamos que a idade interfere tanto na capacidade de controlo da DM como nos conhecimentos, ou seja, quanto mais novo o individuo é, mais capacidade de controlo tem perante a doença. Constatámos que quanto maior são as habilitações literárias também maior é a capacidade de controlo da Diabetes.

Com base no exposto, verifica-se que existe necessidade de investir na educação para a saúde sobre a DM para a população idosa, portadora ou não da

doença, pois os níveis de conhecimento obtidos mostram o baixo nível de conhecimento dos idosos quanto à prevenção, tratamento e qualidade de vida em relação a esta doença, que atualmente se constitui como um problema de saúde pública.

A Diabetes é uma doença complexa e com um tratamento multifacetado que necessita da intervenção e dedicação da própria pessoa. Tem complicações graves a longo prazo, e é no sentido de as prevenir que os enfermeiros desenvolvem programas de ensino para a educação da pessoa diabética, e na pessoa com risco de ser portadora de diabetes. Assim os enfermeiros necessitam de ser agentes de mudança no sentido de lhes facultar todos os esclarecimentos e cuidados a ter face á doença, para prevenir o aparecimento da mesma e caso já exista, o aparecimento das complicações, envolvendo-os no seu processo de autocuidado.

A decisão de adoção de estilos de vida saudáveis cabe, pelo menos em grande medida, às próprias pessoas, antes de se confrontarem com o diagnóstico da diabetes. É neste contexto, que importa investir na melhoria das estratégias de como dar um

maior conhecimento à comunidade acerca desta doença.

É importante perceber se os doentes são capazes de compreender as informações que recebem relativamente a mudanças de estilos de vida saudáveis e se apresentam condições tanto económicas como emocionais para cumpri-las. Para isso, torna-se essencial, por parte dos profissionais de saúde, adotarem diferentes abordagens de atuação, conforme cada pessoa, a sua idade, o seu nível de escolaridade e também o género.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS:

American Diabetes Association. (2014). Diagnosing Diabetes and Learning About Prediabetes. Obtido em 15 de Maio de 2017) de American Diabetes Association:
<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diagnosis/?loc=dbslabnav>

Bastos, Fernanda – Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional. 2004. Dissertação de mestrado

Beaser, R.S., Brown, J.A. (2013). Preventive Intervention in Diabetes. A New Model for Continuing Medical Education. American Journal of Preventive Medicine 44(4S4), S394 – S399

Caldeira, Jorge – Educação do diabético. In: DUARTE, Rui; [et al.] – Diabetologia Clínica. Lisboa: Lidel, 2002. ISBN 972757162x. P.409-420.

Entwistle, V.; Williams, B. - Health literacy: the need to consider images as well as words. Health Expectations. 11:2 (2008)

Instituto Nacional de Estatística. (2015).

International Diabetes Federation. (2013). IDF Diabetes Atlas sixth edition. In Diabetes Atlas (6ª Edição ed.). International Diabetes Federation.

Joanna Briggs – Metodologia:
http://joannabriggs.org/assets/docs/summary/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Luis, L. F. (2010). Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2008). www.who.int/mediacentr. Acedido a 10 de Junho de 2011 em <http://www.who.int>.

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

Silva, J.P.X., Pereira, H.C.V., Cruz de Lima, A.K., Machado de Matos, C.R., & Martins, R.L. (2014). Programas e novas ferramentas de promoção da saúde, prevenção e/ou Gestão das doenças. Projeto de saúde na comunidade: uma estratégia de promoção da saúde.

Referência, III Série – Suplemento, 87–98

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2012). Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus In www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=30. Acedido em 23 de Maio de 2017 em <http://www.spd.pt>.

Tinoco, A.L.A., Brito, L.F., Sant’Anna, M.S.L., Abreu, W.C., Mello, A.C., Silva, M.M.S., Franceschini, S.C.C. & Pereira, C.A.S. (2006). Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*,9(2). Rio de Janeiro (RJ).

Videira, J. (2011). *Diabetes Mellitus, complicações e o nível socioeconómico e cultural*. Coimbra. Tese de Mestrado. Coimbra

APÊNDICE VI- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2º Ano | 1º Semestre
Unidade Curricular: ESTÁGIO

Sessão de Educação para a Saúde

Estilos de Vida Saudáveis e a Diabetes

Enfermeira Orientadora: Isa Ataíde

Docente Orientadora: Ana Paula Gato

Discente: Ângela Ferro Santos

Dezembro, 2017

Índice

0. INTRODUÇÃO.....	142
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	143
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO.....	145
2.1 Quadro síntese da SEpS.....	147
AVALIAÇÃO	148
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do Estágio II, enquadrado no 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 supervisionado pela Professora Doutora Ana Paula Gato, e orientado pela Enfermeira Especialista Isa Ataíde.

A Organização Mundial de Saúde (2011), defende que é essencial capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento. Educar as pessoas para a saúde é, então, criar condições para que adquiram competências necessárias para realizarem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. A mudança ocorre quando no processo de Educação para a saúde os interesses e necessidades da pessoa, família e sociedade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Todo este processo necessita dinâmica ao nível do planeamento.

Esta sessão de educação para a saúde foi desenvolvida com o objetivo de aumentar os conhecimentos das pessoas acerca de estilos de vida saudáveis,

Como enfermeiros devemos responsabilizar-nos por avaliar os métodos e recursos utilizados na ação de Educação para a Saúde, realizando à sua alteração, caso não resultem. É essencial compreender as necessidades de saúde da comunidade e para tal não basta Informar. É primordial educar, transmitir conhecimentos adequados para a saúde do utente/ comunidade, sendo para tal necessário transmitir as informações sistematizadas como os ensinamentos pontuais ou ações de Educação para a Saúde em grupo. Contudo, é também importante instruir as pessoas de modo dar oportunidade ao utente/ família/ comunidade de otimizar a sua saúde com o objetivo de obter os melhores resultados em termos de saúde. (Cruz, 2011)

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel essencial na promoção do envelhecimento saudável, uma vez que tem competências específicas, fundamentais para o diagnóstico de saúde de uma comunidade, concedendo-lhes conhecimentos para uma modificação de comportamentos através da tomada de decisão, assumindo assim um papel ativo no seu projeto de saúde.

O aumento da esperança de vida é uma evidência prevalente nos dias de hoje mas, necessita de esforços na promoção da saúde e prevenção de doenças, pois verifica-se que os idosos se encontram cada vez mais sob riscos elevados de desenvolver doenças à medida que envelhecem. É pertinente então, existir uma colaboração dos próprios idosos no sentido de diminuir estes riscos e atrasar a evolução das doenças uma vez manifestadas.

A diabetes é uma das patologias mais evidentes na população de idade avançada, estando presente em pelo menos 20% dos indivíduos com mais de 65 anos. Este grupo etário têm maior taxa de mortalidade precoce, incapacidade funcional e doenças coexistentes nomeadamente pelas suas complicações como a hipertensão e acidente vascular cerebral que os indivíduos sem diabetes (ADA, 2006).

A educação para a saúde visando a adoção de comportamentos saudáveis foi a estratégia selecionada para promover o envelhecimento saudável, uma vez que a adoção de estilos de vida saudáveis concorre para que as pessoas mantenham níveis de saúde elevados à medida que envelhecem. (Durão, 2014)

Entwistle e Williams (2008) defendem que a literacia em saúde constitui um simplificador importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde. No entanto, existe ainda uma carência de estudar formas de desenvolver e fazer com que constitua uma verdadeira influência nos cuidados de saúde.

Ao promover a adoção de estilos de vida saudáveis a educação para a saúde pretende colaborar para o aumento da literacia em saúde do grupo alvo, no sentido em que as pessoas consigam cumprir um papel ativo na tomada de decisão quanto às questões relacionadas com a sua saúde.

A educação é, segundo Gouveia, citado por Portero & Cattalini (2005), um processo que tem como objetivo capacitar a pessoa a agir conscientemente perante novas situações que ocorram ao longo do seu percurso de vida, tendo em conta as experiências anteriores, segundo as necessidades

de cada um. Os mesmos autores referem que para se alcançarem resultados positivos no tratamento e no controlo da DM, o utente deve, em primeira instância, ser consciencializado acerca de todos os aspetos intrínsecos à doença, sendo, portanto, muito importante a educação.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Estilos de Vida Saudáveis e a Diabetes

Fundamentação do tema:

A Diabetes Mellitus é a designação utilizada para descrever uma desordem metabólica com múltiplas etiologias caracterizada por uma hiperglicemia crónica consequente de distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, que resultam de deficiências na secreção e/ou ação da insulina, ou de ambas. (SPD, 2015)

A diabetes é uma das patologias mais evidentes na população de idade avançada, estando presente em pelo menos 20% dos indivíduos com mais de 65 anos. Este grupo etário tem maior taxa de mortalidade precoce, incapacidade funcional e doenças coexistentes nomeadamente pelas suas complicações como a hipertensão e acidente vascular cerebral que os indivíduos sem diabetes (ADA, 2006).

É importante conhecer o contexto familiar e social que o idoso diabético se encontra inserido, bem como a presença de fatores físicos e psíquicos relacionados com a sua idade avançada. É necessário saber se este vive só e tem de preparar a sua alimentação e gerir a sua medicação, bem como a sua disponibilidade económica. Também é importante conhecer o seu estado psíquico, pois muitas vezes o idoso encontra-se deprimido pela solidão, devido à perda de familiares e amigos. (Duarte, 2002)

A literacia em saúde envolve uma diversidade de capacidades dos indivíduos face a decisões relacionadas com a saúde. O acesso que cada pessoa tem à informação, a sua compreensão e avaliação, determinam formas de interação com os sistemas de saúde, tanto na promoção da saúde como na prevenção da doença ou nos próprios cuidados de saúde, através da tomada de decisão consciente e informada, colaborando de forma positiva ou negativa para o atingimento da saúde ótima. (Marques,2015)

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 a Diabetes

Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas

População-alvo: Utentes da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo e UCSP de Vila do Bispo

Local: Santa Casa da Misericórdia de Vila do Bispo

Dinamizador: Ângela Ferro Santos

Tempo previsto para a Sessão: 60 minutos

Objetivos da Sessão

Geral: Aumentar o nível de conhecimento acerca da diabetes

Específicos:

Que no final da Sessão os participantes sejam capazes de:

- Identificar dois sinais e sintomas da Diabetes
- Identificar cuidados a ter com o pé
- Reconhecer a importância de um estilo de vida saudável

Recursos necessários

Materiais: Sala, cadeiras, computador, projetor, folhetos impressos.

2.1 Quadro síntese da SEpS

Etapas da SEpS	Objetivos	Conteúdos	Atividades/métodos	Recursos necessários	Tempo
Apresentação	Apresentar a dinamizadora; Apresentação dos participantes	Dizer nome, e qual o objetivode estar ali;	Apresentação oral. Método expositivo.	A formadora	10 Minutos
Introdução	Apresentar o tema da SEpS e os objetivos da mesma;	Tema da sessão Objetivos da sessão	Projeção de suporte informático em formato PowerPoint; Método expositivo.	Projektor Formadora	5 Minutos
Desenvolvimento de atividade		Estilos de vida saudáveis O que é a diabetes Sinais e sintomas Cuidados a ter com os pés	Projeção de suporte informático em formato PowerPoint; Método expositivo. Resposta a questões	Projektor Formadora	25 Minutos
Avaliação da SEpS	Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos;		Questionar oralmente Esclarecer dúvidas	Formadora	10 Minutos
Encerramento	Agradecer a participação na Sessão; Oferecer folheto informativo;	Agradecimento pela participação na Sessão; Oferta de folheto informativo com o resumo das ideias principais sobre o tema exposto.	Entregar folhetos	Folhetos	10 Minutos

AVALIAÇÃO

Participaram na sessão 51 idosos. Os idosos conseguiram identificar oralmente no final da sessão os principais sinais e sintomas da diabetes, assim como os cuidados que deveriam ter com os seus pés. Os participantes consideraram também útil realizarem-se mais sessões de educação para a saúde sobre a diabetes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association. (2014). Diagnosing Diabetes and Learning About Prediabetes. Obtido em 15 de Maio de 2017) de American Diabetes Association: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diagnosis/?loc=dbslabnav>

CRUZ, Maria (2011) - Educação para a saúde - intervenção comunitária aos três níveis de prevenção. Lisboa. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado

Duarte, Rui – Autovigilância e Métodos de Avaliação do controlo metabólico do diabético. In: DUARTE, Rui; [et al.] – Diabetologia Clínica. Lisboa: Lidel, 2002c. ISBN 972757162x. p.57-78.

Entwistle, V.; Williams, B. - Health literacy: the need to consider images as well as words. Health Expectations. 11:2 (2008)

MARQUES, João Pedro (2015) - Literacia em saúde: avaliação através do european health literacy survey em português num serviço de internamento hospitalar. Lisboa. Instituto Universitário de Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2008). www.who.int/mediacentr. Acedido a 10 de Junho de 2011 em <http://www.who.int>

Portero, K. & Cattalini, M. (2005). Mudança no Estilo de Vida para Prevenção e Tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 2. Saúde Revista, 63-69. [16].

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2012). Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus In www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=30. Acedido em 23 de Maio de 2017 em <http://www.spd.pt>

APÊNDICE VIII- ERRATA

Errata do Relatório de Estágio

“Conhecer a Diabetes: Promoção da literacia em diabetes nas pessoas idosas”

Página	Linha	Lê-se	Deve ler-se
16	16	“neste contexto, a pessoa idosa com diabetes”	“neste contexto, da pessoa idosa com diabetes”
17	29	“nosso conhecimento eo da própria profissão”	“nosso conhecimento e o da própria profissão”
18	24	“liderança”e de Estágio”	“liderança” e de Estágio”
21	5	“e sentidos que transpõe as barreiras da idade”	“e sentidos que transpõem as barreiras da idade”
22	8	“com 65 anos ou mais era, em 2011”	“com 65 anos ou mais, era em 2011”
23	19	“a fórmula do índice de longevidadeé”	“ a fórmula do índice de longevidade é”
26	9	“o conhecimento da pessoa com DMII, acerca a sua doença”	“o conhecimento da pessoa com DMII, acerca da sua doença”
27	24	“as alterações funcionais relacionadascom”	“ as alterações funcionais relacionadas com”
32	10	“centrar, no utente a conhecimento”	“ centrar, no utente o conhecimento”
33	6	“nos cuidados que presta. (Lopes, 2006).”	“ nos cuidados que presta (Lopes, 2006)”
34	12	“de qualidade nos cuidados. (Macedo, 2016).”	“ de qualidade nos cuidados (Macedo, 2016).”
36	19	“todos os fatores descritos nesnte modelo”	“todos os fatores descritos neste modelo”
38	14	“noutros serviços. (Imperatori e Giraldes, 1993). A definição”	“ noutros serviços (Imperatori e Giraldes, 1993). A definição”

40	2	“ foram os idosos diabéticos de Vila do Bispo”	“ foram os idosos diabéticos e não diabéticos de Vila do Bispo”
47	4	“Sagres, vila do Bispo”	“Sagres, Vila do Bispo”
48	5	“elevada prevalencia”	“elevada prevalência”
55	16	“organização/crição”	“organização/criação”
57	15	“Anpva One-Way”	“Anova One-Way”
63	14	“mais novos poder ser”	“mais novos pode ser”
66	15	“verificou-se que ao existiu”	“verificou-se que existiu”
69	11	“estas podem conduzem a”	“estas podem conduzir a”
83	6	“por nós sentidaestá”	“por nós sentida está”

Autora: Ângela Ferro Santos

APÊNDICE VIII- CRONOGRAMA

