

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS: UMA SCOPING REVIEW

Health Education For The Elderly With Diabetes Mellitus: A Scoping Review

Arminda Matos

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

180400145@essaude.ipsantarem.pt

Maria Calado

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

180400139@essaude.ipsantarem.pt

Mónica Mendes

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

180400144@essaude.ipsantarem.pt

Salomé Pedrosa

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

180400140@essaude.ipsantarem.pt

Maria do Carmo Figueiredo

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Santarém, Investigadora da UI_IPS,

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde, Portugal

mcarmo.pereira@essaude.ipsantarem.pt

RESUMO

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica e um problema de saúde pública. A literacia em diabetes é a base da incorporação de comportamentos de autogestão em pessoas com diabetes. Desenvolveu-se uma *Scoping Review* com base no método PCC, com a questão: quais as intervenções de enfermagem na educação para a saúde aos idosos com Diabetes *Mellitus*? A

pesquisa foi realizada com descritores *MeSH*, conjugando a estratégia de pesquisa: *Nurs* AND Health Education AND Aged OR Diabetes Mellitus* Procedeu-se à pesquisa de artigos publicados entre 10/2014 e 12/2019, em bases de dados científicas. O processo de seleção dos estudos desenvolveu-se de acordo com o *PRISMA 2009 Flow Diagram*, garantindo a qualidade metodológica dos mesmos. As evidências obtidas relevam que os enfermeiros devem providenciar educação para a saúde à pessoa idosa diabética e sua família, adotando estratégias face à capacidade individual de aprendizagem, à capacidade cognitiva e ao nível de literacia.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus*, Educação para a Saúde, Enfermagem, Idosos.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease and a public health problem. Diabetes literacy is the basis for incorporating self-management behaviors in people with diabetes. A Scoping Review was developed based on the PCC method, with the question: what are the nursing interventions in health education for the elderly with Diabetes Mellitus? The research was carried out with *MeSH* descriptors, combining the research strategy: *Nurs * AND Health Education AND Aged OR Diabetes Mellitus*. Articles published between 10/2014 to 12/2019 were searched in scientific databases. The selection process of the studies was developed in accordance with the *PRISMA 2009 Flow Diagram*, ensuring their methodological quality. The evidence obtained shows that nurses must provide health education to the diabetic elderly person and his family, adopting strategies in view of the individual learning capacity, cognitive ability and literacy level.

Keywords: *Diabetes Mellitus*, Elderly, Health Education, Nursing

1 INTRODUÇÃO

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

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

Ainda que se assuma necessária a definição de uma idade mínima sobre a qual se consideram as pessoas idosas, é consensual que a idade cronológica não é, de forma alguma, um marcador preciso para o início das alterações que caracterizam o processo de envelhecimento, uma vez que as pessoas envelhecem a um ritmo diferente e de forma heterogénea, dependendo de fatores externos e de fatores internos. Algumas pessoas, aos 60 anos, já apresentam alguma incapacidade; outras estão cheias de vida e energia aos 85 anos (Schneider & Irigaray, 2008).

O processo de envelhecimento é assim um processo multidimensional, multidirecional e dinâmico, no qual as mudanças relacionadas com a idade devem ser encaradas como multifacetadas e multifuncionais (Fonseca, 2004). O envelhecimento não é então, um processo unilateral, mas antes a soma de vários processos entre si; é um acontecimento biológico com repercussões a nível psicossocial e espiritual (Silva, 2012).

O envelhecimento demográfico, segundo o Regulamento n.º 348/2015, e as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa,

bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na Promoção da Saúde (PrS), na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte.

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

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool. (DGS, 2014a).

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

No caso particular da Diabetes *Mellitus* (DM), Portugal é um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de prevalência da doença. Os dados do Observatório Nacional da Diabetes (2016) evidenciam que 13,3% da população com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos é diabética, o que corresponde a mais de um milhão de portugueses (Dias, 2019).

O termo “diabetes” designa um distúrbio metabólico, crónico, que se caracteriza por níveis elevados de glucose no sangue o que leva a lesões sérias no coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. O tipo mais comum de diabetes é o tipo 2, mais frequente em adultos, e ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou o pâncreas não produz insulina em quantidades suficientes (OMS, 2018).

A diabetes é uma doença crónica, debilitante e dispendiosa, associada a complicações graves, o que representa grandes riscos para as famílias, para os Estados-Membros e para o mundo inteiro (DGS, 2008). As estratégias assentam na prevenção primária da diabetes, através da redução dos fatores de risco conhecidos, incidindo, sobretudo, nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença.

As estratégias do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes [PNPCD] (2008) só terão êxito se forem desenvolvidas numa sólida infraestrutura de saúde pública que contemple, entre outras, profissionais de saúde, entre os quais os enfermeiros, com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar.

O PNPCD deve ser implementado em complementaridade com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Combate à Obesidade visando prevenir o excesso de peso e a obesidade em todos os grupos etários da população (DGS, 2008). A intervenção sobre os estilos de vida assenta em medidas não farmacológicas como a alimentação e a atividade física.

As Normas de Orientação Clínica (NOC), destinam-se a apoiar o prestador de cuidados e a pessoa com diabetes na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde e em situações específicas, como a DM. Existe evidência de que os cuidados prestados, fundamentados em NOC, produzem

cuidados efetivos e mudanças no processo e nos resultados dos cuidados prestados e têm potencial para melhorar a qualidade do cuidado às pessoas com DM. (Ferrito, Nunes & Carneiro, 2013).

Existe evidência de que o exercício físico melhora os resultados de saúde das pessoas com DM (diminuição de valores HbA1c, perda de peso, aumento do bem-estar), pelo que a educação para a saúde (EpS) a pessoas com diabetes deve ser centrada na atividade física e nutrição adequada para a autogestão da DM (Ferrito, et al., 2013). Ainda segundo os mesmos autores, qualquer pessoa com diabetes, independentemente do tipo de terapêutica, deve ser alvo de um plano de EpS sobre a gestão da doença. Este plano deve ser individualizado de acordo com o nível de compreensão, habilidades, recursos e motivação da pessoa, com os valores metabólicos e a terapêutica instituída.

Também Ferreira & Veríssimo, (2008) referem que “o controlo da diabetes deve ser iniciado o mais precocemente possível e deve basear-se numa tríade em que intervêm a dieta alimentar, o exercício físico e a terapêutica medicamentosa” (p.37).

Face a estes temas, que se devem abordar com a pessoa com diabetes, a pessoa deve ser apoiada e acompanhada por uma equipa multidisciplinar, com respeito pela mesma, com a sua experiência de vida, crenças, valores, cultura e o seu ritmo de aprendizagem, valorizando a participação ativa da pessoa com diabetes no processo educativo, baseada na relação de ajuda de uma forma empática, autêntica, congruente, facilitadora de comunicação (Macedo, 2016).

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

A adesão ao regime terapêutico possui extrema relevância nas pessoas portadoras de doenças crónicas, constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública. O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz (Bugalho & Carneiro, 2004). Deste modo, podemos afirmar que a adesão ao regime terapêutico é a chave para o sucesso na prevenção e gestão de doenças crónicas.

Bugalho e Carneiro (2004) defendem que para melhorar a adesão terapêutica devem existir dois tipos de intervenções: as educacionais e as comportamentais. As educacionais são intervenções que visam a promoção do conhecimento sobre a doença e o tratamento, enquanto as comportamentais visam sobretudo incorporar na rotina diária os mecanismos de adaptação ao tratamento, pretendendo facilitar a adesão.

As intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. A EpS pode ser de transmissão oral e escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. São obrigatórias a clareza e a objetividade da linguagem, que deve ir ao encontro do nível cultural e cognitivo da pessoa com diabetes e ser de fácil memorização. Assim, a EpS é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação (Bugalho & Carneiro, 2004).

As intervenções comportamentais visam auxiliar a pessoa a integrar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver as pessoas com DM no tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação (Bugalho & Carneiro, 2004).

Assim, a pessoa com DM deve seguir a educação alimentar, pois na DM, uma doença com alterações no metabolismo dos nutrientes, sobretudo nos hidratos de carbono, que resultam em hiperglicemia, a ingestão alimentar tem que ser orientada (Barros, 2011).

A pessoa deve ser o centro no plano de tratamento de forma proactiva com intervenções realizáveis e realistas. Sendo que, “esse plano tem como objetivos conseguir o bom controlo dos níveis de glicémia, e prevenir, ou tratar o excesso de peso, a hipertensão arterial e os níveis de colesterol e triglicéridos no sangue, contribuindo desse modo para reduzir o risco de complicações da diabetes” (Associação Protetora dos diabéticos de Portugal [APDP], 2009, p.11).

O plano alimentar, não é fixo e igual para todas as pessoas com DM. Este deve ser individualizado, e elaborado após avaliação da pessoa a que se destina, tendo em conta vários fatores quer em termos de faixa etária, sexo, atividades de vida diários, entre outros, de modo a obter uma alimentação mais diversificada e atrativa. (Macedo,2016).

Pretende-se que a pessoa adote hábitos alimentares saudáveis e equilibrados, que saiba escolher, conjugar, quantificar e fracionar os alimentos de modo mais adequado às suas necessidades individuais (em energia e nutrientes), respeitando-se o mais possível as intolerâncias e as limitações de cada um” (APDP, 2002), sendo que o “diabético deve fazer uma alimentação capaz de lhe fornecer uma quantidade de energia compatível com as suas necessidades, tal como qualquer outro indivíduo não diabético” (APDP,2001, p. 55).

A atividade física é outro dos pilares que constitui a tríade do tratamento da DM. A sua prática regular leva progressivamente a uma sensação de bem-estar físico e psíquico e diminui o stress psicossocial (APDP, 2001) A principal recomendação para o sucesso de um programa de atividade física é que seja coerente com seu estilo de vida individual, de modo a envolver a pessoa na consciencialização e escolha realista das modalidades de atividade física a serem praticadas. (Macedo, 2016). As orientações para atividade física devem ter em conta diversos aspetos a serem considerados como o tipo de DM, idade da pessoa, objetivos do programa de atividade física, presença de descompensação glicémica, complicações crónicas e comorbidades. Na DM a atividade física é fundamental porque, para além das razões anteriores, tem uma ação muito importante na resistência à insulina e na obesidade (César, 2011).

Ainda segundo César (2011) “O exercício físico deve ser aeróbico e deve ser repetido regularmente, pelo menos três vezes por semana e preferencialmente praticado todos os dias, à mesma hora, com a mesma intensidade e duração. Não deve coincidir com os picos de ação da insulina e tem de ser estabelecido em função da idade, das condições físicas e do estado de saúde do diabético” (p.52). A complicação mais frequente a que a pessoa com DM pode estar sujeita em função da prática da atividade física, é a hipoglicémia, que pode ocorrer antes, no decurso ou após a sua prática e muito raramente hiperglicemia (Macedo, 2016).

Quanto à autovigilância a nível do controlo da DM passa por a pessoa poder ela mesma verificar os níveis de açúcar no sangue, de modo a poder vigiar o seu tratamento. Assim, “a monitorização da glicémia capilar, integrada num processo de educação terapêutica, constitui o pilar fundamental sobre o qual assenta a capacidade de actuar das pessoas com diabetes, de acordo com a informação recolhida (...)” (Abreu, 2011, p.155).

De acordo com Macedo (2016), “a autovigilância, permite prevenir a aparecimento de desequilíbrios no controlo da glicémia, de modo a se poder precaver das descompensações agudas e diminuir a longo prazo o risco das complicações tardias, sendo assim importante que o utente diabético e/ou o seu cuidador, participem de uma maneira ativa na gestão da sua doença” (p.41). A autora salienta também ser importante a avaliação do autocuidado do pé, os conhecimentos dos cuidados a ter com os pés na prevenção de complicações, como as ulcerações – Pé diabético – que podem levar a amputações. (Macedo,2016).

Para favorecer a adesão ao regime terapêutico, é necessário que os profissionais de saúde estabeleçam um diálogo com as pessoas. Para que sejam bem-sucedidos devem usar uma linguagem clara, atender às necessidades de informação e esclarecimento, às capacidades cognitivas, crenças culturais e situação socioeconómica das pessoas. Deste modo, a relação empática é fulcral para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança, que entendemos ser de extrema relevância para a aceitação das orientações relativas ao tratamento (Dias, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), PrS é o processo que visa aumentar e capacitar as pessoas e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a pessoa ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação da pessoa com DM/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças.

Empowerment pode ser definido como um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida (Wallerstein, 2006; Pereira, 2017). Segundo Pereira (2017), é um conceito amplo que move pessoas e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. De acordo com Carvalho (2004), é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida. O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS. Este assume-se não como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirão conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Pereira, 2017).

No que se refere à DM, a consciencialização, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde. Tais premissas colocam o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEECSP), como agente privilegiado na promoção do autocuidado da pessoa, potenciando o *empowerment* através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e EpS.

O EEECSPP deve ter uma intervenção centrada na comunidade com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania, o que implica a consecução de atividades de PrS, EpS, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010), o que vai ao encontro do definido pelo Plano Nacional de Saúde extensão e revisão 2020, cujas orientações preveem, entre outras, a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva, e responsabilização pela sua própria saúde e mais participação (DGS, 2014).

Segundo Pereira (2017) a PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que engloba atividades de EpS. Um elemento primário na PrS é a EpS, explicada como uma ação usada sobre as pessoas no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que envolvem a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (Dias, 2006). Os enfermeiros que por vezes centram as suas intervenções apenas na doença, deverão adotar uma abordagem mais direcionada para a PrS.

As intervenções de enfermagem podem ser compreendidas como uma ação ininterrupta ao longo do processo de mudança e antecedida pelo seu entendimento, devem proporcionar conhecimento e *empowerment*, no sentido da PrS e para incentivar respostas salutaras às mudanças.

O processo de capacitação das pessoas e comunidades vai atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, agindo sobre os determinantes da saúde, incluindo uma maior participação dos cidadãos no controle deste processo (OMS, 1986).

O enfermeiro de cuidados gerais contribui para a PrS, mobilizando os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da EpS, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de

saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Por sua vez o EEECSPP desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, responsabilizando-se por identificar e responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) de determinada área geográfica, em diferentes contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. Estabelece as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto socioeconómico e político. Participa na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania. Deste modo, evidenciam-se as atividades de PrS, EpS, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010).

A EpS é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa, Araújo, Almeida & Viegas, 2014).

De acordo com os mesmos autores, as estratégias educacionais devem englobar a pessoa de forma holística, tornando a família parte do processo terapêutico. É preciso considerar que para intervir nos fatores de risco modificáveis é de suma importância que a equipa multidisciplinar saiba como se relacionar com o utente e com sua família, pois só através de vínculos de confiança será possível a aceitação de algumas mudanças nos hábitos diários.

O conhecimento da pessoa sobre a sua doença é um forte contributo para a consciencialização, permitindo a compreensão do que está a acontecer e relacionando o que este experiencia com a progressão da condição, fazendo sentido e permitindo interpretar e discriminar situações (Bastos, 2012).

Segundo Costa, et al. (2014) não há *empowerment* sem conhecimento, e este conhecimento não é só útil para a pessoa, mas também para o profissional de saúde, pois ao tomar consciência do que a pessoa sabe sobre a sua doença, define melhor as estratégias de EpS. Os mesmos autores referem que o domínio do profissional sobre a situação de doença da pessoa proporciona maior segurança e interesse ao portador, o que poderá impactar positivamente sobre o seu comportamento e na adesão ao tratamento.

Os resultados correspondentes à forma como a pessoa e os seus problemas de saúde são afetados pelas intervenções de enfermagem, são designados por resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que surgem em função de intervenções resultantes da prescrição, diagnóstico e planeamento realizados pelos enfermeiros (Ferreira & Amendoeira, 2015).

2 MÉTODO

Esta revisão sistemática da literatura sintetizou estudos publicados, com recurso ao método do Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews, por forma a responder à seguinte questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem na EpS aos idosos com diabetes *mellitus*?. Definiu-se como objetivo deste estudo identificar as intervenções da enfermagem na EpS aos idosos com diabetes *mellitus*.

De acordo com a metodologia PCC - População (P) – idosos (≥ 65 anos de idade) com diabetes *mellitus*; Conceitos (C) - enfermagem, educação para a saúde, idosos e diabetes *mellitus* e Contexto (C) – domiciliário ou a frequentar os serviços de saúde. As palavras-chave foram validadas no *MeSH*

Browser 2019 como descritores, interligados pelo booleano *AND* e *OR* conjugando a seguinte estratégia de pesquisa: *Nurs* AND Health Education AND Aged OR Diabetes Mellitus*.

Foram igualmente definidos critérios para inclusão e exclusão dos estudos, conforme se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos com friso temporal entre 10/2014 e 12/2019; ▪ Estudos em que um dos autores seja enfermeiro; ▪ Estudos qualitativos, quantitativos e mistos em <i>full text</i> e resumo disponível; ▪ Participantes com 65 ou mais anos de idade; ▪ Idioma: Português, Inglês e Espanhol; ▪ Estudos abordando apenas a Diabetes Mellitus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autores que não sejam enfermeiros; ▪ Estudos em idiomas não definidos nos critérios de inclusão; ▪ Revisões sistemáticas da literatura; ▪ Estudos abordando Diabetes Mellitus e outras patologias

Procedeu-se à pesquisa de artigos primários e secundários, publicados nas bases de dados da Plataforma *EBSCO Host (CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MedLine Complete; MedicLatina)* e *PubMed*; e a base de dados *unpublished: ProQuest*. Os limitadores específicos em cada base de dados foram os que se apresentam no Quadro 2.

Quadro 2 - Limitadores de pesquisa segundo as bases de dados

CINAHL Complete	Medline Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedicLatina	PubMed Central	ProQuest
Resumo disponível	Texto completo em PDF	Texto completo em PDF	Texto completo em PDF	<i>Clinical Trial</i>	Fonte: dissertações e teses, revistas acadêmicas
Primeiro autor é enfermeiro	<i>Clinical trial/systematic review</i>			<i>Abstract</i>	AB resumo
Texto completo em PDF					Tipo de documento: artigo e artigo principal
<i>Clinical trial/systematic review</i>					Texto completo e revisão inter pares

3 RESULTADOS

De forma a garantir a qualidade metodológica, foi utilizado o *Prisma 2009 Flow Diagram* (Figura 1), proposto pelo *Joanna Briggs Institute*. Assim, foram identificados no total 275 artigos, não havendo nenhum duplicado. Iniciando o *screening*, com a leitura do título e do *abstract*, foram eliminados 271 artigos. Após leitura em *full text*, reuniram-se 4 artigos, que cumpriam os critérios de elegibilidade. Estes foram submetidos aos critérios de inclusão definidos, não tendo sido excluído nenhum. Dois dos artigos são de natureza quantitativa: n^o1 - *The effect of diabetes knowledge and attitudes on self-management and quality of life among people with type 2 diabetes*; n^o2 - *Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus*. Os outros dois, são de natureza qualitativa; 3^o - *Type 2 Diabetes Care in the elderly*; n^o 4 - *Care of older people with diabetes*.

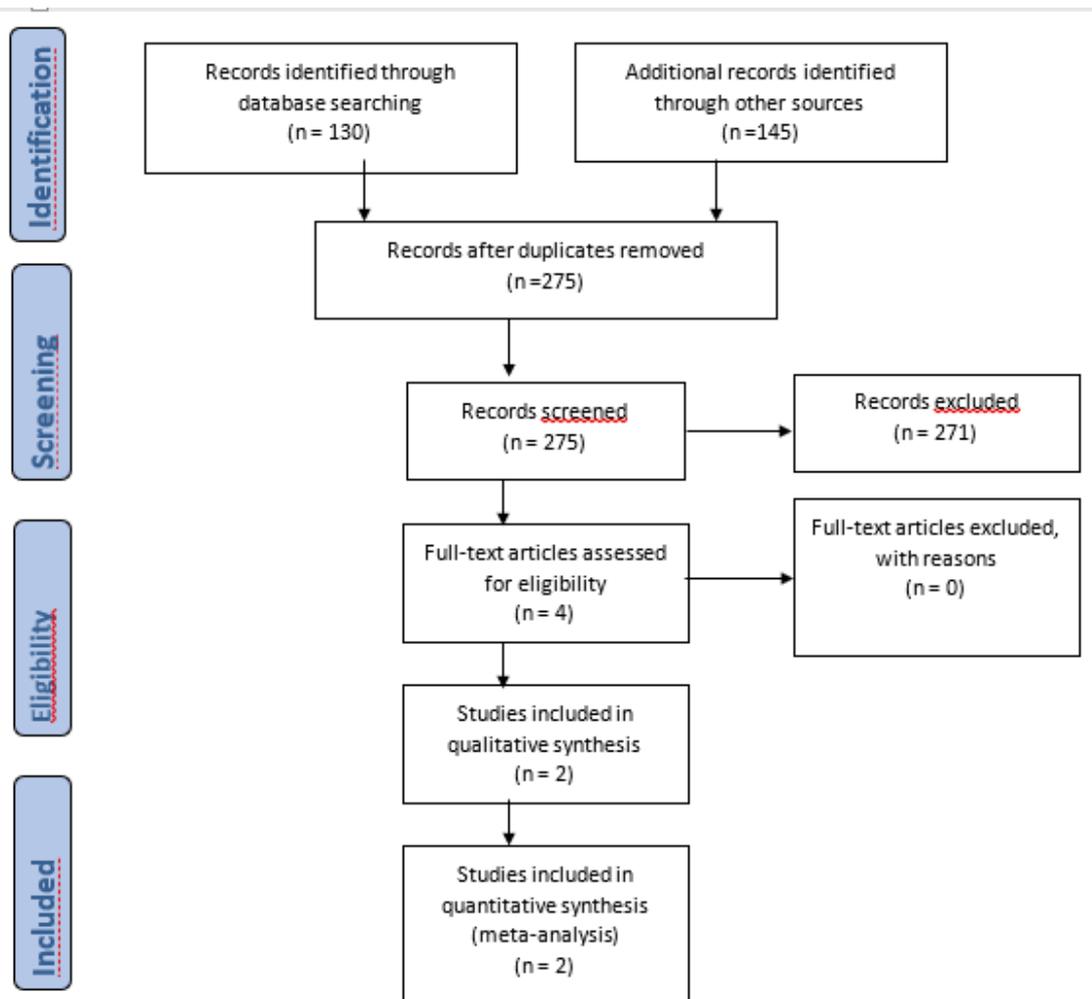


Figura 1: Prisma 2009 Flow Diagram

4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com os artigos de Kueh, Morris, & Ismail (2016) e de Marques, et al. (2019) os programas de intervenção educativa de enfermagem com enfoque nas orientações relacionadas ao autocuidado em diabetes obtiveram um efeito positivo, principalmente na melhoria dos parâmetros clínicos e requisitos da adesão e da implementação das orientações relacionadas à alimentação saudável voltada para o controle da DM e para o autocuidado com os pés. Estes resultados reforçam a importância da abordagem do *empowerment* na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis, pois como é referido por Pereira (2017), o *empowerment* é um processo pelo qual as pessoas e comunidades ganham mestria sobre a sua saúde, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida.

Kueh, et al. (2016) e de Marques et al. (2019) ao referirem a melhoria dos parâmetros clínicos e adesão às orientações relacionadas com alimentação voltada para o controle da DM e para o autocuidado com os pés, vão ao encontro do aludido por Ferrito, et al. (2013) que salientam que os cuidados prestados, fundamentados em NOC, produzem cuidados efetivos e mudanças no processo e nos resultados dos cuidados prestados e têm potencial para melhorar a qualidade do cuidado às pessoas com DM. No dizer de Barros (2011), a pessoa com DM deve seguir a educação alimentar, pois a DM, uma doença com alterações no metabolismo dos nutrientes, sobretudo nos

hidratos de carbono, que resultam em hiperglicemia, pelo que a ingestão alimentar tem que ser orientada.

A APDP (2009) salienta que a pessoa deve ser o centro no plano de tratamento, sendo que, “esse plano tem como objectivos conseguir o bom controlo dos níveis de glicémia, e prevenir, ou tratar o excesso de peso, a hipertensão arterial e os níveis de colesterol e triglicéridos no sangue, contribuindo desse modo para reduzir o risco de complicações da diabetes” (p.11).

O plano alimentar, não é fixo e igual para todas as pessoas com diabetes. Este deve ser individualizado, e elaborado após avaliação da pessoa, tendo em conta vários fatores quer em termos de faixa etária, sexo, atividades de vida diárias, entre outros, de modo a obter uma alimentação mais diversificada e atrativa. (Macedo,2016).

Pretende-se que a pessoa adote hábitos alimentares saudáveis e equilibrados, que saiba escolher, conjugar, quantificar e fracionar os alimentos de modo mais adequado às suas necessidades individuais (em energia e nutrientes), respeitando-se o mais possível as intolerâncias e as limitações de cada um” (APDP, 2002), sendo que o “diabético deve fazer uma alimentação capaz de lhe fornecer uma quantidade de energia compatível com as suas necessidades, tal como qualquer outro indivíduo não diabético” (APDP,2001, p. 55).

O estudo de Kueh, Morris, & Ismail (2016) e de Marques et al. (2019) destacam também o autocuidado com os pés, o que vai ao encontro de Macedo (2016) que salienta a avaliação do autocuidado do pé, os conhecimentos dos cuidados a ter com os pés na prevenção de complicações, como as ulcerações – Pé diabético – que podem levar a amputações.

Bigelow e Freeland (2017) destacam que a EpS deve ser privilegiada quando a glicemia capilar se encontra num patamar seguro, uma vez que a DM está associada à demência e as pessoas idosas com demência apresentam frequentemente desafios comportamentais e níveis de *stress* para eles próprios, seus cuidadores e profissionais de saúde. Dias (2006) refere-se à EpS como uma ação usada sobre as pessoas no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis, para que tomem as melhores decisões em saúde

Também Bigelow e Freeland (2017) e Dunning (2017) enaltecem a importância de personalizar os cuidados às pessoas idosas com diabetes, desenvolvendo e individualizando um plano de cuidados com o objetivo de maximizar a sua função. De acordo com estes autores, a individualização dos cuidados passa por ações como personalizar a faixa de glicemia capilar e de hemoglobina glicada, o esquema de avaliação de glicemia, o programa de educação tendo em conta a sua autogestão da diabetes e um plano de atuação em caso de hipoglicemia, sendo para isso essencial reconhecer atempadamente os seus sinais e saber tratá-los, o que vai ao encontro de Abreu (2011), no que se refere à autovigilância a nível do controlo da diabetes pela pessoa /cuidador poder verificar os níveis de açúcar no sangue, de modo a poder vigiar o tratamento. Assim, “a monitorização da glicémia capilar, integrada num processo de educação terapêutica, constitui o pilar fundamental sobre o qual assenta a capacidade de actuar das pessoas com diabetes, de acordo com a informação recolhida (...)” (Abreu, 2011, p.155).

No mesmo seguimento, Marques et al. (2019) acrescentam que a educação voltada para a autogestão da doença é imprescindível e o enfermeiro surge, neste processo, como facilitador de atividades educativas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986), o enfermeiro deve ter uma ação proativa na PrS, estimulando a participação ativa e o exercício do poder da pessoa no controlo das suas condições de saúde e qualidade de vida, agindo sobre os determinantes de saúde.

De acordo com Macedo (2016), “a autovigilância, permite prevenir a aparecimento de desequilíbrios no controlo da glicémia, de modo a se poder precaver das descompensações agudas e diminuir a longo prazo o risco das complicações tardias, sendo assim importante que o utente diabético e/ou o seu cuidador, participem de uma maneira ativa na gestão da sua doença” (p.41).

A efetivação da capacitação da pessoa com DM enquanto área autónoma do enfermeiro implica um olhar para a pessoa com a singularidade de ser portadora de uma doença crónica, mas considerando-a como agente ativo do seu próprio cuidado, com potencial para aprender e desenvolver-se, ao nível físico, psicológico, interpessoal e social.

O tipo de abordagem na EpS utilizado por Kueh et al. (2016) e Marques et al. (2019), vai ao encontro do que Bugalho e Carneiro (2004) defendem, quando referem que as intervenções educacionais promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo.

Nos quatro artigos analisados é destacada a importância de acompanhamento e de incentivo por parte do enfermeiro para a adoção de comportamentos salutarés da pessoa com diabetes. Marques et al. (2019) referem mesmo no seu artigo que a maneira mais eficaz de melhorar a autoeficácia nas pessoas com DM é através do incentivo dos enfermeiros. O envolvimento positivo dos idosos participantes da pesquisa favoreceu as atividades e a solicitação da continuidade das ações na perspetiva da promoção do autocuidado, favorecendo a prevenção de complicações, pois muitos relataram que não haviam participado de atividades que abordassem o referido assunto, destacando-se a prevenção do pé diabético, e sugeriram implementação desta intervenção como rotina nos serviços de saúde. Ainda no que diz respeito ao exame dos pés, verificou-se no mesmo estudo que houve mudança comportamental significativa, pois houve aumento do número de dias nos quais os participantes passaram a examinar os pés.

Bugalho e Carneiro (2004) também referem que a forma de melhorar a adesão terapêutica é a utilização de intervenções comportamentais que visam auxiliar a pessoa a integrar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver as pessoas com diabetes no tratamento, fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação. Estas orientações vão ao encontro do que Bigelow e Freeland (2017) defendem no seu estudo, quando recomendam que o profissional de saúde avalie a habilidade individual do idoso de levar a cabo procedimentos tais como a avaliação da glicemia capilar, tendo em conta o estado cognitivo e funcional, a destreza, circulação sanguínea adequada nas extremidades e capacidade visual e auditiva suficientes.

Na mesma ordem de ideias, os mesmos autores reforçam a importância de avaliar as habilidades cognitivas para entender e atuar perante os resultados. Em muitos idosos com diabetes, é necessário apoio numa ou mais destas áreas. Pedir às pessoas para demonstrar o uso do medidor pode revelar erros na técnica, uma memória apropriada de recursos, e resultados na memória. Também é importante verificar se a pessoa entendeu o significado do resultado, o que é considerado um valor alto/baixo, e as ações que devem ser tomadas. Uma avaliação cuidadosa pode ajudar a selecionar o glucómetro mais adequado às necessidades individuais por ter um visor maior, resultados de voz, ou facilidade de utilização.

Marques et al. (2019) acrescentam que investir na educação para a saúde relacionada com a alimentação saudável durante as consultas de diabetes é primordial para evitar alterações glicémicas e manter o controlo da doença, como também investir em atividades em grupos operativos, oficinas e palestras, considerando as características da pessoa, como idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, questões psicossociais e culturais.

Segundo a WHO (1997), a educação e a informação são essenciais para se conseguir um *empowerment* efetivo de modo a que as pessoas e comunidades se tornem aptos à tomada de decisão consciente. É necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

No artigo de Kueh et al. (2016), fica bem patente que a literacia em diabetes é a variável mais forte para uma melhor gestão da doença, o que tem um impacto positivo na qualidade de vida.

O papel do enfermeiro é imperativo para que a partilha de conhecimentos seja eficaz e para que ambos, enfermeiro e pessoa diabético, consigam dominar o conhecimento sobre a doença, a fim de estabelecerem, juntos, condutas precisas.

Amendoeira et al. (2018), citam diferentes estudos que demonstram que a transmissão de informação é uma das estratégias que capacita a pessoa enquanto agente de autocuidado promovendo melhoria da qualidade de vida.

Segundo Costa et al. (2014) não há *empowerment* sem conhecimento, e este conhecimento não é só útil para a pessoa, mas também para o profissional de saúde, pois ao tomar consciência do que a pessoa sabe sobre a sua doença, define melhor as estratégias de EpS. Os mesmos autores referem que o domínio do profissional sobre a situação de doença da pessoa proporciona maior segurança e interesse ao portador, o que poderá impactar positivamente sobre o seu comportamento e na adesão ao tratamento, o que ficou comprovado nos artigos de Kueh et al. (2016) e Marques et al. (2019).

Estes estudos realçam a importância do Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem através da associação dos domínios da intervenção de enfermagem a resultados a nível da prevenção das complicações das diabetes, gestão de sintomas, capacidades funcionais e de autocuidado, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, satisfação com os cuidados e custos.

Para que o enfermeiro possa capacitar a pessoa, tem que mobilizar o conhecimento da mesma, e em complementaridade com os seus conhecimentos científicos e habilidades intrínsecas, intervir de acordo com as necessidades terapêuticas de autocuidado identificadas e devidamente analisadas no seu todo, ou seja, perceber que informações a pessoa tem, como as integra e mobiliza, quais os comportamentos de autocuidado que apresenta e as ações que desenvolve enquanto agente de autocuidado (Orem, 2001).

Os artigos de Bigelow e Freeland (2017) e Dunning (2017), salientam as áreas em que o enfermeiro deve capacitar o idoso diabético: alimentação, exercício físico, avaliação da glicemia capilar e vigilância do pé.

Dunning (2017) acrescenta no seu estudo que o programa de EpS para a autogestão deve ter incluído o agendamento de consultas de vigilância da diabetes, imunização, rastreios de saúde (oral, auditiva) e educação para a saúde sobre alimentação, exercício físico e fármacos, o que vai ao encontro de Ferrito et al (2013), que diz que qualquer pessoa com diabetes, independentemente do tipo de terapêutica, deve ser alvo de um plano de educação para a saúde sobre a gestão da doença. Este plano deve ser individualizado de acordo com o nível de compreensão, habilidades, recursos e motivação da pessoa, com os valores metabólicos e o tipo de terapêutica instituída. Vai igualmente ao encontro de Ferreira & Veríssimo, (2008) referem que o controlo da diabetes deve basear-se numa tríade em que intervêm a dieta alimentar, o exercício físico e a terapêutica medicamentosa” (p.37).

Face a estes temas, que se devem abordar com a pessoa com diabetes, a pessoa deve ser apoiada e acompanhada por uma equipa multidisciplinar, com respeito pela mesma, com a sua experiência de vida, crenças, valores, cultura e o seu ritmo de aprendizagem, valorizando a participação ativa da pessoa com diabetes no processo educativo, baseada na relação de ajuda de uma forma empática, autêntica, congruente, facilitadora de comunicação.(Macedo, 2016)

5 CONCLUSÃO

A literacia em saúde sobre diabetes é a base da incorporação de comportamentos de autogestão em pessoas com diabetes. Os conhecimentos sobre a doença têm sido associados a um maior controlo da mesma, enquanto que os conhecimentos insuficientes se associam a uma deficiente gestão da diabetes.

Quando definimos a questão de partida da *Scoping Review*, o objetivo era identificar as intervenções de enfermagem na educação para a saúde aos idosos com Diabetes *Mellitus*.

Da análise dos artigos compreendemos que os mesmos, trazem respostas evidentes para a formulação da pergunta de investigação. A evidência científica encontrada reforça a importância do *empowerment* como intervenção de enfermagem na adoção de atitudes e comportamentos saudáveis. Assim, os enfermeiros intervêm no sentido da PrS ao longo do processo de adaptação da pessoa com diabetes/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças (OMS, 1986).

Um dos grandes desafios para os enfermeiros, é a PrS e a educação em saúde, numa perspetiva, não de transferir os conhecimentos que lhes são próprios, mas de fazer sentir à sociedade e às pessoas que cuidam de que são um recurso especializado, cujas intervenções poderão passar por orientação, supervisão e acompanhamento próximo, no sentido da prevenção, manutenção e recuperação da sua saúde. Esta dimensão e responsabilidade social que a Enfermagem assume enquanto disciplina e profissão, contrariará aquilo que até à data, tem sido o grande problema da enfermagem, ou seja, numa dimensão político-económica ser considerada como uma despesa, quando na nossa perspetiva e segundo alguns autores que têm refletido e produzido conhecimento sobre estas questões, produz cuidados e resultados que contribuem para o bem-estar e saúde da sociedade (Amendoeira, 2006).

Em suma, os enfermeiros devem providenciar EpS à pessoa idosa diabética e sua família, adotando estratégias que tenham em conta a capacidade individual de aprendizagem, a capacidade cognitiva e o nível de literacia (Dunning, 2017).

6 REFERÊNCIAS

- Abreu, S. (2011). Papel da orientação alimentar no tratamento da diabetes mellitus. In José Silva Nunes (coord.) *Diabetes uma Abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª ed) (pp. 155-162). Alges. Euromédica – edições médicas.
- Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Revista Sinais Vitais* 67, 19-27.
- Amendoeira, J., Cândido, A., Sarroeira, C., Cunha, F., Lino, A., Silva, H., Fernandes, P. & Silva, E. (2018). Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI. Um estudo qualitativo. *Revista da UIPPS* 6 (2), 80-94. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2001). *Viver com a Diabetes*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2002), *Uma Alimentação Saudável - a Alimentação na Diabetes*. Servier Portugal. Verbo.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2009). *Diabetes Tipo 2, Um Guia de Apoio e Orientação*. Lisboa. LIDEL - Edições Técnicas.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2010). *Pé Diabético, Caminhando para um futuro melhor*. Lisboa. LIDEL - Edições Técnicas.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2011). *Insulinoterapia*. Material de Apoio facultado durante um curso sobre Diabetes Mellitus. Documento não publicado. APDP
- Barros, L. (2011). Papel da orientação alimentar no tratamento da diabetes mellitus. In José Silva Nunes (coord.) *Diabetes uma Abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª ed) (pp. 41-47). Alges: Euromédica – edições médicas.

- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Acedido em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>
- Bigelow, A., & Freeland, B. (2017). Type 2 Diabetes Care in the elderly. *The Journal for Nurse Practitioners*.13 (3), 181-186. Disponível em [https://www.npjournal.org/article/S1555-4155\(16\)30445-7/pdf](https://www.npjournal.org/article/S1555-4155(16)30445-7/pdf)
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenção para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projecto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4), 1088-1095. doi <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>
- César, R. (2011). Papel do exercício físico na terapêutica da diabetes mellitus. In José Silva Nunes (coord.) *Diabetes uma Abordagem global*. Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2ª ed) (pp. 49 - 54). Alges: Euromédica – edições médicas.
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*. 38, 473-481. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf
- Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: IHMT/UNL.
- Dias, Vanessa (2019). Artigo de opinião. *Jornal Médico dos cuidados de saúde primários*. 71. Disponível em https://justnews.pt/artigos/pe-diabetico-cerca-de-50-das-amputacoes-e-ulceracoes-poderao-ser-prevenidas#.XTmj9kK_DeM.
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: DGS
- Direção Geral da Saúde (2014a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em <http://pns.dgs.pt>.
- Direção Geral da Saúde (2014b). Portugal: Idade maior em números - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS.
- Dunning, T. (2017). Care of older people with diabetes. *Nursing standard*, 32 (3). 50-61. doi <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2017.e10949>
- Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade de cuidados. *Revista UIIPS*, 3 (5). 396-407. Disponível em <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/EVUIIPS/issue/view/5>.
- Ferreira, M. M. P. & Veríssimo, M. T. (2008). Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente tipo 2. Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 26 (2) 2008. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-2-2008/04.pdf>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Carneiro, A. V. (2013). Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica. *Cadernos de Saúde* 6, 19-29. Disponível em <http://www.cadernosdesaude.org/files/2013-2014-CS6.1-2%282%29.pdf>
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Lisboa. Consultado em 5 de março de 2020. Disponível em: file:///C:/Users/M%C3%B3nica%20Mendes/Downloads/20Censos2011_res_definitivos.pdf
- Instituto Nacional de Estatística, I.P (2007). *Estatísticas Demográficas*. Consultado em 5 de março de 2020. Disponível em <file:///C:/Users/M%C3%B3nica%20Mendes/Downloads/d070531.pdf>

- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa:INE.
- Kueh, Y., Morris, T., & Ismail, A. (2016). The effect of diabetes knowledge and attitudes on self-management and quality of life among people with type 2 diabetes. *Psychology, Health&Medicine*, 22(2),138-144. doi <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1147055>
- Macedo, M. M. S. C. G. (2016). *Consulta de enfermagem de diabetes mellitus em contexto hospitalar*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18594/4/ESSTFC599.pdf>
- Marques, M., Coutinho, J., Martins, M., Lopes, M., Maia, J. & Silva, M. (2019). Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. doi <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018026703517>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio Caminho Andado. Relatório Primavera 2018*. Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. Lisboa: OE
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.) St. Louis, Missouri: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Ottawa. Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2018). Health Topics: Diabetes. Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em <http://www.emro.who.int/health-topics/diabetes/index.html>
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/24199>
- Regulamento 348/2015. Diário da República, N.º 118/19 de junho de 2015 -2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Regulamento nº 428/2018. Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 -2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Santos, Z. (2011). Hipertensão Arterial – Um Problemas de Saúde Pública [Editorial]. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24, 285-286. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=621766&indexSearch=ID>
- Schneider, R & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 585-593. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
- Silva, C. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/10886>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015. Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em <http://spd.pt/images/OND/DFN2015.pdf>
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- Whitworth, J., World Health Organization & International Society of Hypertension Writing Group (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on

management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21 (11), 1983–1992. Disponível em https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2003/11000/2003_World_Health_Organization_WHO_International.2.aspx

World Health Organization (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Consultado em Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html>

World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. Genève: WHO. Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=0A7AC9442B198741507985708F1C33F9?sequence=1

World Health Organization (2014). Global Status report on noncommunicable diseases. Genève.WHO. Consultado em 20 de novembro de 2019. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1