



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **DIABETES, CONHECER PARA MELHOR VIVER: CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM DIABETES**

**Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes**

**Orientação:** Professora Doutora Ana Canhestro

**Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

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

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2019



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **DIABETES, CONHECER PARA MELHOR VIVER: CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM DIABETES**

**Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes**

**Orientação:** Professora Doutora Ana Canhestro

**Mestrado em Enfermagem**

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

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2019

*A quem tem fome não lhe dê um peixe mas ensina-o a pescar*

-provérbio chinês-

## **AGRADECIMENTOS**

À Enfermeira P. M., Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública pela orientação durante o estágio, pela compreensão e pela motivação que me transmitiu.

À Professora Doutora Ana Canhestro pela disponibilidade, orientação pedagógica e partilha de conhecimentos.

Aos meus familiares e amigos próximos que sempre me apoiaram.

À minha equipa e, especialmente, à Enfermeira Chefe Paula Santos por toda a disponibilidade, compreensão, visão e motivação.

À Rita, minha amiga, peça fundamental na troca de ideias e pela motivação e energia positiva que sempre me transmitiu.

Ao João, que sempre acreditou em mim e valorizou as minhas capacidades.

A todos, o meu OBRIGADO.

## Resumo

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da realização de um projeto de intervenção comunitária no concelho de Portimão dirigido aos utentes diabéticos, utilizando a metodologia de planeamento em saúde. Para tal, foi inicialmente realizado um diagnóstico de saúde que permitiu identificar a Diabetes Mellitus como uma área problemática desta população. O objetivo deste projeto de intervenção foi capacitar para o autocuidado os utentes diabéticos tipo 2 de determinada equipa de uma USF, validando, também, a adesão a este tipo de iniciativas. Foi aplicado um instrumento de avaliação validado e direcionado para a temática e foram realizadas sessões de educação para a saúde. A adesão às sessões de educação para a saúde mostrou-se satisfatória. Após a realização das sessões de educação para a saúde e análise do instrumento de avaliação validou-se a importância de dar continuidade a este projeto de capacitação da pessoa diabética.

Descritores: Autocuidado; Diabetes Mellitus Tipo 2; Educação em saúde

**“DIABETES, KNOWING FOR BETTER LIVING: TRAINING THE PERSON WITH DIABETES”**

## Abstract

This report was developed in the context of the implementation of a community intervention project in the county of Portimão for diabetic users, using the methodology of health planning. To that end, a health diagnosis was initially made to identify Diabetes Mellitus as a problematic area of this population. The objective of this intervention project was to qualify self-care for type 2 diabetic patients of a specific USF team, also validating adherence to this type of initiatives. A validated and directed evaluation instrument was applied to the theme and health education sessions were held. Adherence to health education sessions was satisfactory. After the health education sessions and analysis of the evaluation instrument, the importance of continuing this diabetic training project was validated.

Keywords: Self care; Diabetes Mellitus, Type 2; Health education

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Distribuição da prevalência da diabetes por região na população com idades entre os 25 e os 74 anos, 2015 .....	17
<b>Figura 2</b> Complicações da DM.....	24
<b>Figura 3</b> Diagrama do Modelo Promoção de Saúde de Nola Pender .....	34
<b>Figura 4</b> Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011.....	47
<b>Figura 5</b> Estrutura etária da população estrangeira residente na região do Algarve, 2011 .....	48
<b>Figura 6</b> Agrupamentos de Centros de Saúde .....	49
<b>Figura 7</b> Organograma ACES Algarve II – Algarve Barlavento.....	50
<b>Figura 8</b> Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF .....	53
<b>Figura 9</b> Grelha de Análise para determinação de prioridades .....	67

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> Projeções lineares e quadráticas da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por DM.....	19
<b>Gráfico 2</b> Taxas de mortalidade padronizadas por diabetes em idades inferiores a 65 e 70 anos, por sexo, Portugal, 2010 a 2014 .....	20
<b>Gráfico 3</b> Taxas de mortalidade bruta e padronizada por diabetes, por sexo, Portugal, 2010 a 2014 .....	20
<b>Gráfico 4</b> Estimativa da carga global de doença atribuível a hábitos alimentares inadequados, expressa em DALY, Portugal, 2015.....	22
<b>Gráfico 5</b> Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos com última medição do nível de glicémia por um profissional de saúde realizada nos últimos 12 meses, por sexo e grupo etário, Portugal, 2014 .....	23
<b>Gráfico 6</b> Amputação dos membros inferiores por motivo de DM .....	25
<b>Gráfico 7</b> Evolução do rastreio da retinopatia diabética, em Portugal, 2009 – 2016.....	26
<b>Gráfico 8</b> População residente nos 10 municípios com mais população, 2011.....	46

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Incidência da Diabetes em Portugal.....	17
<b>Tabela 2</b> Número de Óbitos por DM, em Portugal .....	18
<b>Tabela 3</b> European Health Literacy Consortium: as 12 dimensões definidas pelo modelo .....	30
<b>Tabela 4</b> Estrutura etária da população residente por sexo.....	47
<b>Tabela 5</b> ACES Barlavento .....	49
<b>Tabela 6</b> Quadro resumo do Município de Portimão 5 .....	51
<b>Tabela 7</b> Grupos etários dos utentes inscritos na USF, segundo o Decreto Lei 298/2007 .....	52
<b>Tabela 8</b> IPSS do Município de Portimão .....	54
<b>Tabela 9</b> Quadro resumo do Município de Portimão 1 .....	56
<b>Tabela 10</b> Quadro resumo do Município de Portimão 2 .....	56
<b>Tabela 11</b> Quadro resumo do Município de Portimão 3 .....	57
<b>Tabela 12</b> Quadro resumo do Município de Portimão 3 .....	58
<b>Tabela 13</b> Quadro do resumo de do Município de Portimão 4 .....	59
<b>Tabela 14</b> Indicadores de morbilidade (%) na área do ACES Barlavento, na Região Algarve e no Continente Português, em 2015, e respetivas tendências para 2020 (DGS), quando disponíveis.....	60
<b>Tabela 15</b> Episódios, dias de internamento e n.º médio de dias de internamento de utentes residentes no Barlavento, respetivamente por Doença Mental, Diabetes mellitus, Obesidade, Hipertensão arterial e Doenças dos Dentes e das Gengivas, registados .....	61
<b>Tabela 16</b> Priorização dos principais Problemas de Saúde do ACES Barlavento, definida em conjunto com as entidades parceiras envolvidas.....	61
<b>Tabela 17</b> Indicadores DM USF– 2017 – em percentagem.....	62
<b>Tabela 18</b> Score das prioridades atribuídas aos programas da USF .....	63
<b>Tabela 19</b> Score das prioridades atribuídas aos problemas identificados no Plano de Ação 2017-2019 da USF.....	64
<b>Tabela 20</b> Aplicação da Grelha de Análise do Problema .....	67
<b>Tabela 21</b> Recursos necessários para a implementação do projeto .....	73
<b>Tabela 22</b> Tabela de Recolha de Dados do Instrumento de Avaliação.....	76

## ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

### ANEXOS

<b>ANEXO I</b> Escala de Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes traduzida e adaptada de Summary of Diabetes Self-Care Activities [SDSCA] .....	CI
<b>ANEXO II</b> Parecer da Comissão de ética da CES da ARS Algarve.....	CIII

### APÊNDICES

<b>APÊNDICE I</b> Autorização do coordenador da USF Atlântico Sul bem como da Sr. <sup>a</sup> Enfermeira Responsável e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública para a realização do projeto de intervenção comunitária e pesquisa nas plataformas da instituição.....	CVI
<b>APÊNDICE II</b> Pedido para a realização do projeto de intervenção comunitária ao ACES Barlavento	CVIII
<b>APÊNDICE III</b> Aval da ACES Barlavento para seguimento para a Comissão de Ética da ARS Algarve ...	CX
<b>APÊNDICE IV</b> Consentimento do autor do instrumento de avaliação .....	CXII
<b>APÊNDICE V</b> Consentimento informado para participação no estudo.....	CXIV
<b>APÊNDICE VI</b> Escala de Atividades de Auto Cuidado com a Diabetes .....	CXVII
<b>APÊNDICE VII</b> Questionário realizado aos enfermeiros da USF.....	CXXII
<b>APÊNDICE VIII</b> Convocatória aos utentes da Equipa X da USF.....	CXXVII
<b>APÊNDICE IX</b> Cronograma de atividades .....	CXXIX
<b>APÊNDICE X</b> Plano de sessão .....	CXXXI
<b>APÊNDICE XI</b> Livro de receitas para oferecer aos utentes.....	CXXXIV
<b>APÊNDICE XII</b> Panfletos com informação sobre pé diabético e insulinoaterapia .....	CXXXVII
<b>APÊNDICE XIII</b> Resumo do artigo realizado no âmbito do estágio .....	CXL

## Índice de abreviaturas e sigas

**ACES** - Agrupamentos de Centros de Saúde

**ADO** – Antidiabético oral

**APA** - *American Psychological Association*

**APAV** - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**ARS** - Administração Regional de Saúde

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**CRACEP** - Cooperativa de Reeducação e Apoio à Criança Excepcional de Portimão

**CREMP** – Centro de Reeducação médico-pedagógico

**CHUA** - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DM** – Diabetes Mellitus

**DRC** - Doença Renal Crónica

**ECSCP** - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

**DALY** - *Disability Adjusted Life Years*

**DGS** - Direção Geral da Saúde

**GRATO** – Grupo de Apoio a Toxicodependentes

**HbA1c** - Hemoglobina Glicada

**HPM** - *Health Promotion Model*

**HTA** – Hipertensão Arterial

**IMC** - Índice de massa corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** - Instituições Particulares de Solidariedade Social

**IRC** - Insuficiência Renal Crónica

**MAPS** - Movimento de Apoio à Problemática da SIDA

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PND** - Programa Nacional para a Diabetes

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PTGO** - Prova de tolerância à glicose oral

**SDSCA** - *Summary of Diabetes Self-Care Activities*

**SPD** – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

**UNESCO** - *Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

**URAP** - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**USP** - Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
1. ENQUADRAMENTO TEORICO .....	15
1.1. Diabetes Mellitus .....	15
1.2. Literacia em Saúde e o Autocuidado.....	28
1.3. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Capacitação da Pessoa com Diabetes .....	33
2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS .....	38
2.1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	38
2.2. Diagnóstico de Situação .....	40
2.3. Metodologia Utilizada na Fase de Implementação do Projeto.....	41
2.4. Questões Éticas .....	42
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	44
3.1. Caracterização do Concelho e População Residente.....	45
3.2. Identificação de Problemas e Necessidades .....	59
3.2.1. Análise dos questionários .....	63
4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	66
4.1. Grelha de Análise .....	66

5.	DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS .....	69
5.1.	População Alvo .....	69
5.2.	Definição de Objetivos .....	70
5.3.	Seleção de Estratégias.....	70
6.	PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO .....	72
6.1.	Seleção das Intervenções .....	72
6.2.	Previsão de Recursos.....	72
6.3.	Sessões de Educação para a Saúde .....	74
6.4.	Aplicação da Escala de Atividades do Autocuidado e Resultados Obtidos.....	75
6.5.	Outras Atividades do Projeto .....	80
6.6.	Seguimento do Projeto .....	81
7.	AVALIAÇÃO DO PROJETO .....	82
8.	OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	85
9.	REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMpETÊNCIAS.....	86
	CONCLUSÃO .....	93
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95

## INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus [DM] é uma doença crónica e progressiva caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue que pode originar diversas complicações, tais como doenças cardiovasculares, retinopatia, neuropatia, nefropatia e até a morte prematura. Mais de 400 milhões de adultos vivem com DM. Esta doença causou diretamente 1,6 milhões de mortes em 2015. O controlo de glicémia tem um papel importante na prevenção do desenvolvimento e progressão de complicações na DM tipo 1 e 2 (WHO, 2018).

Para a Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD] “A Diabetes constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e acidente vascular cerebral” (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p.30). É preponderante a implementação de hábitos de vida saudáveis, apostando na literacia em saúde, na gestão da doença, numa otimização do controlo metabólico e controlo das complicações sejam elas a curto, médio ou longo prazo, traduzindo-se, consequentemente, em ganhos em saúde. A DM e as suas complicações traduzem-se em perdas económicas substanciais para os indivíduos com DM e para as suas famílias assim como para os sistemas de saúde e economia nacional (WHO, 2016).

Em contexto de cuidados de saúde primários [CSP] de Portugal Continental, em 2015, estavam registados no Serviço Nacional de Saúde [SNS] 846 955 utentes com DM, sendo 55,4% nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] e 44,6% nas [USF]. Neste mesmo ano há registo de 681 685 de utentes com DM que utilizou os serviços, com marcação de pelo menos uma consulta (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). Os CSP, como porta de entrada do SNS, dando primazia a uma prevenção da doença ou dos seus efeitos adversos a curto, médio ou longo prazo, é o palco indicado para uma intervenção na comunidade.

A vigilância das doenças não transmissíveis deve ser feita através de uma colheita de dados e análise sistemática que forneça as informações de prevalência e incidência destas doenças. Esta monitorização permite adquirir dados acerca dos fatores de risco, os seus de-

terminantes e a mortalidade das doenças não transmissíveis, proporcionando o desenvolvimento de políticas e programas baseados em evidência (WHO, 2013). Torna-se, assim, importante o conhecimento da de uma população através dos seus dados epidemiológicos para, com conhecimento mais abrangente, poder ser dada resposta às necessidades da comunidade e, muitas vezes, agir atempada e adequadamente, prevenindo novos casos.

A literacia em saúde é considerada “um desafio para políticos, profissionais de saúde e cidadãos, mas para a promover são necessárias ações específicas para incrementar a autonomia dos cidadãos e as qualificações e competências dos profissionais e decisores nesta matéria” (Espanha, Ávila & Mendes, 2016, p.14). O cuidado no planeamento das sessões de educação para a saúde e o grau de instrução dos profissionais que a lecionam pode melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados. A formação contínua dos profissionais de saúde na área da autogestão da diabetes é imperativa para manter resultados positivos, especialmente para reduzir o risco de complicações a longo prazo. A educação para a saúde na Pessoa diabética tipo 2 é uma prioridade para efetivar a mudança de comportamentos na gestão da doença e na obtenção de ganhos em saúde.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública centra os seus cuidados na comunidade, numa perspetiva global, onde as alterações demográficas, morbilidade, assim como a incidência das doenças crónicas se traduzem numa mutação constante nos perfis de saúde da comunidade. Cabe ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública dar respostas a esta sociedade em mudança, aos problemas de saúde e às necessidades que dela emergem. O enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estabelece a avaliação de estado de saúde de uma comunidade utilizando a metodologia do planeamento em saúde, assim como promove a capacitação de grupos e comunidades através da realização de projetos de saúde coletivos (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Este relatório de estágio desenvolvido no âmbito do 2º Mestrado em associação, Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, decorreu numa USF pertencente à ACES Barlavento, na qual foi identificada, na sua área de abrangência, uma problemática da comunidade: a DM.

Imperator & Giraldes define projeto como “uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a exe-

cução de um programa”(Imperatori & Giraldes, 1982, p. 86). Este projeto segue a metodologia de planeamento em saúde sendo enquadrado no modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Opta-se por fundamentar este projeto de intervenção comunitária sob a visão desta teórica de enfermagem na abordagem da capacitação do utente diabético para o autocuidado, podendo usufruir dos seus pressupostos para otimizar a nossa intervenção junto da comunidade. Pretende-se, com este relatório de estágio, demonstrar as competências e conhecimentos adquiridos, assim como refletir acerca dos mesmos, transmitindo-os adequadamente e de forma clara com fundamentação científica, como pressupões o Decreto Lei nº63/2016 de 3 de Setembro que define as competências do grau de mestre.

Estruturalmente, inicia-se com o enquadramento teórico que permite uma abordagem do tema, conhecimento da dimensão do problema, contextualizando na teoria de enfermagem de promoção de saúde de Nola Pender. Posteriormente, o diagnóstico de saúde com a caracterização do município, USF e recolha de dados obtido através dos sistemas de pesquisa e documentos institucionais, bem como de questionários direcionados para os enfermeiros da instituição a fim de sondar a sua opinião como parte integrante e que interage constantemente com a população estudada, identificado assim os problemas major desta comunidade. É realizada uma priorização dos problemas, definidos objetivos, selecionadas estratégias e metas, assim como são expostos e analisados os resultados obtidos, culminando na avaliação do projeto. Numa última parte é realizada uma reflexão acerca das competências adquiridas concomitantemente no que confere ao grau de mestre e de enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, seguindo-se uma conclusão para síntese deste relatório.

Este trabalho cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da *American Psychological Association* [APA] – 6ª edição.

## 1. ENQUADRAMENTO TEORICO

Tendo como objetivo a definição dos principais conceitos e o suporte à intervenção, procedeu-se a realização do seu enquadramento teórico. Este permitiu um aprofundar de conhecimentos já anteriormente adquiridos acerca da DM, consolidando-os, assim como a aquisição de novos ao longo da pesquisa efetuada.

A melhor compreensão deste fenómeno através da pesquisa bibliográfica garantiu maior consistência na elaboração do projeto apresentado.

### 1.1. Diabetes Mellitus

Os critérios de diagnóstico de DM, segundo a SPD são:

- Glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dl (ou igual ou superior a 7,0 mmol/l);  
ou
- Sintomas clássicos de descompensação associada a glicémia ocasional igual ou superior a 200 mg/dl (ou igual ou superior a 11,1 mmol/l); ou
- Glicemia igual ou superior a 200 mg/dl (ou igual ou superior a 11,1 mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral [PTGO] com 75g de glicose; ou
- Hemoglobina Glicada [HbA1c]  $\geq$  6,5 % (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Existem três tipos de Diabetes, a DM tipo 1, DM tipo 2 e Diabetes Gestacional. A DM tipo 1 é causada pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas causada por uma reação autoimune. Afeta indivíduos de qualquer escalão etário, porém mais frequentemente em crianças e jovens adultos. A DM tipo 2, por vezes assintomática e com grande carga hereditária, ocorre por deficiente produção de insulina por parte do pâncreas ou quando a sua utilização não é eficaz. Habitualmente, ocorre em indivíduos com idade superior a quarenta anos, podendo aparecer mais precocemente associado à obesidade ou outros fatores de risco, tais como a alimentação inadequada, a inatividade física, o envelhecimento, a resistência à insulina, antecedentes familiares, ambiente intrauterino deficitário ou etnia. A diabetes gestacional é diagnosticada após qualquer anomalia do metabolismo da glicose documentado durante a gravidez, sem episódios similares anteriores (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). A maior prevalência de diabetes gestacional regista-se em mulheres que engravidam após os 40 anos de idade ( DGS, 2017).

Estima-se que 422 milhões de adultos estavam diagnosticados com DM em 2014, em comparação com 108 milhões em 1980. A prevalência global, padronizada por idade, da DM quase duplicou desde 1980, passando de 4,7% para 8,5% na população adulta. Isso reflete um aumento nos fatores de risco associados. A DM foi responsável por 1,5 milhão de mortes em 2012. A hiperglicemia foi a causa de mais de 2,2 milhões de mortes, aumentando o risco de doenças cardiovasculares. Cerca de 43% destas 3,7 milhões de mortes ocorrem antes dos 70 anos de idade ( WHO, 2016). “A prevalência de diabetes entre as crianças é muito menor do que entre os adultos (...). No entanto, quase 230 mil crianças sofreram de diabetes tipo 1 nos países da OCDE em 2015.”(OECD, 2017, p. 66).

No que concerne à **prevalência estimada da DM em 2015 na população portuguesa** com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,3%, correspondendo a 7,7 milhões de indivíduos. A prevalência da DM é significativamente maior nos homens do que nas mulheres, sendo de 15,9% e 10,9%, respetivamente. Verificou-se um crescimento na ordem dos 13,5% de 2009 a 2015, também influenciado pelo envelhecimento populacional verificado nesse período. Mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos foram diagnosticadas com DM. Verificou-se um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados em Portugal (Tabela 1), atingindo em 2011 o valor mais alto de **taxa de incidência** (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

**Tabela 1** Incidência da Diabetes em Portugal

**Incidência da Diabetes em Portugal**

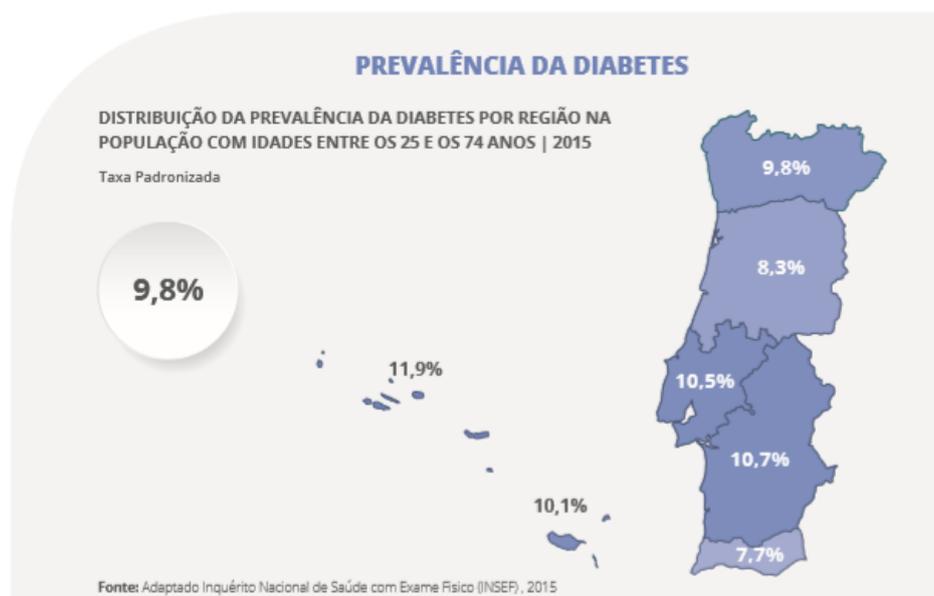
	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% t.c.m.a. 2006-2015
<b>N.º de novos casos por 100 000 indivíduos</b>	377,4	440,8	511,1	581,9	571,1	623,5	651,8	500,9	557,1	522,1	<b>591,5</b>	<b>2,8%</b>
<b>N.º Total de Novos Casos Estimados</b>	38 988	48 534	53 938	61 466	60 385	65 921	68 715	52 531	58 090	54 167	<b>61 169</b>	<b>584 916</b>

FONTE: Médicos Sentinela – INSA; Tratamento OND

Fonte: (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 11)

Em 2015, em Portugal Continental, como visível na Figura 1, verifica-se maior prevalência da DM no Alentejo, taxa de 10,7 %, assim como na região de Centro, taxa de 10,5 %. O Algarve é a região com menor prevalência da DM, com uma taxa de 7,7 %. A média nacional (incluindo ilhas) é de 9,8%. ( DGS, 2017).

**Figura 1** Distribuição da prevalência da diabetes por região na população com idades entre os 25 e os 74 anos, 2015



Fonte: ( DGS, 2017, p. 12)

Cerca de 28% do total de óbitos registados em Portugal ocorreram em indivíduos com idade inferior a 70 anos de idade, em 2002. Porém esta proporção tem diminuído, atingindo em 2015, cerca de 21%. Estas mortes prematuras, ou seja ocorridas em indivíduos com idade inferior a 70 anos de idade, devem-se essencialmente a tumores malignos, doenças do aparelho circulatório, causas externas de lesão e envenenamento, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólica (DGS, 2016).

“A diabetes tem um contributo significativo nas causas de morte, sendo correntemente responsável por mais de 4% das mortes das mulheres e mais de 3% das mortes nos homens, ou seja, atualmente por ano morrem cerca de 2.200-2.500 mulheres e cerca de 1.600-1.900 homens por diabetes.”(DGS, 2017, p. 6).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia “Na última década tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida por Diabetes Mellitus em Portugal (-32%).” Contudo “(...) em 2014 a Diabetes representou cerca de oito anos e meio de vida perdida por cada óbito por Diabetes na população com idade inferior a 70 anos.”(Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 14). Esta mesma publicação refere que a DM é uma das principais causas de morte, tendo originado de 4,0% das mortes ocorridas em 2015 (Tabela 2) (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

**Tabela 2** Número de Óbitos por DM, em Portugal

**Óbitos por Diabetes Mellitus em Portugal**

	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>N.º de Óbitos por DM</b>	3 138	3 732	4 395	4 278	4 614	4 748	4 545	4 875	4 548	4 275	<b>4 406</b>
<b>% da DM no Total de Óbitos</b>	3,0%	3,6%	4,2%	4,1%	4,4%	4,5%	4,4%	4,5%	4,3%	4,1%	<b>4,0%</b>

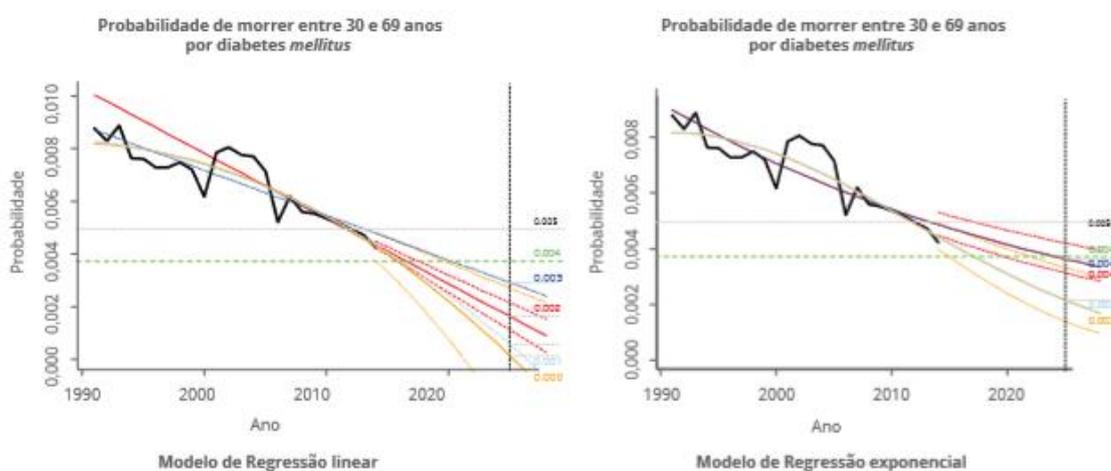
FORNTE: INE; Óbitos por Causas de Morte – Portugal

Fonte: (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 15)

Verificaram-se em 2015, em Portugal continental, 12799 óbitos em meio intra-hospitalar por DM, correspondendo a mais de ¼ do total de óbitos. Contudo existe uma diminuição da taxa de letalidade em meio hospitalar dos doentes com DM, seja como diagnóstico principal ou comorbilidade associada (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Esta tendência global de decréscimo de óbitos por DM é, também, corroborada quando nos restringimos ao grupo etário entre os 30 e os 69 anos de idade onde se verificou um decréscimo acentuado em 2014, aproximando-se da meta de redução de 25%. Com base no modelo de regressão linear e o modelo de regressão exponencial (Gráfico 1), um com visão mais otimista que outro, prevê-se que a redução de 25% da probabilidade de morte por DM em Portugal será alcançada antes de 2025 (DGS, 2016).

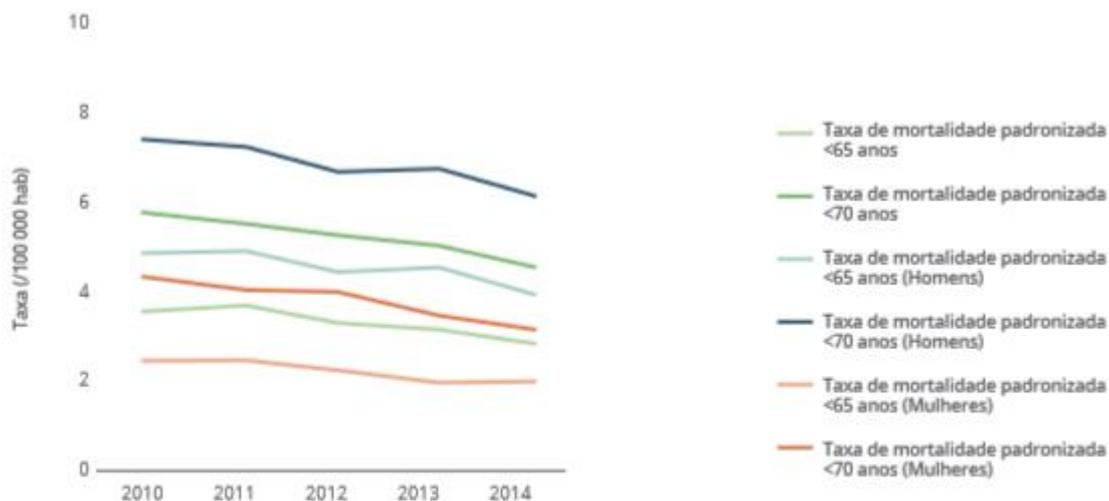
**Gráfico 1** Projeções lineares e quadráticas da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por DM



Fonte: ( DGS, 2016, p. 39)

O número de óbitos e a taxa de mortalidade por DM é maior no género feminino do que no masculino, mas na mortalidade padronizada e no DALY a situação inverte-se, sendo os números superiores no género masculino (Gráfico 2 e 3) ( DGS, 2016).

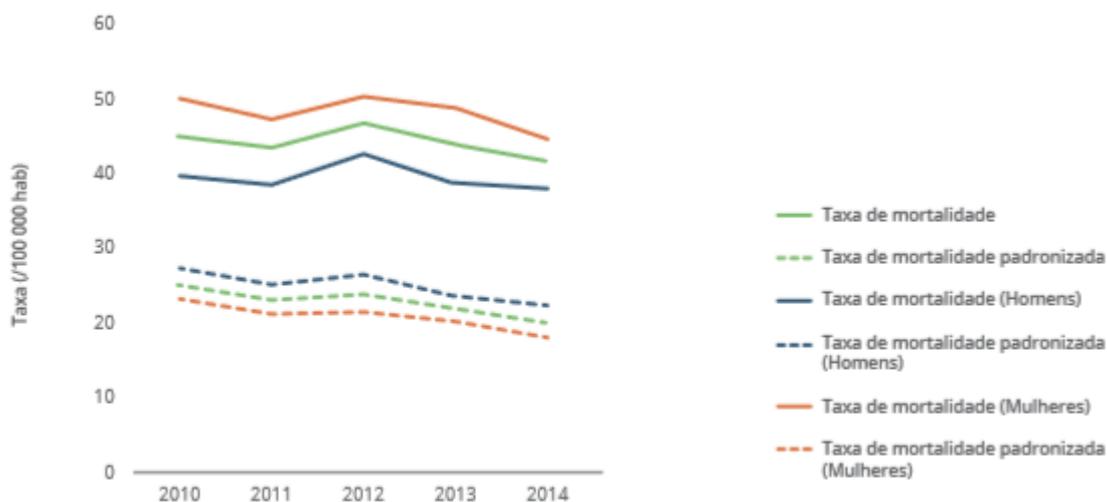
**Gráfico 2** Taxas de mortalidade padronizadas por diabetes em idades inferiores a 65 e 70 anos, por sexo, Portugal, 2010 a 2014



Códigos (CID 10): E10-E14.  
 Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

Fonte: ( DGS, 2016, p. 79)

**Gráfico 3** Taxas de mortalidade bruta e padronizada por diabetes, por sexo, Portugal, 2010 a 2014



Códigos (CID 10): E10-E14.  
 Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

Fonte: ( DGS, 2016, p. 79)

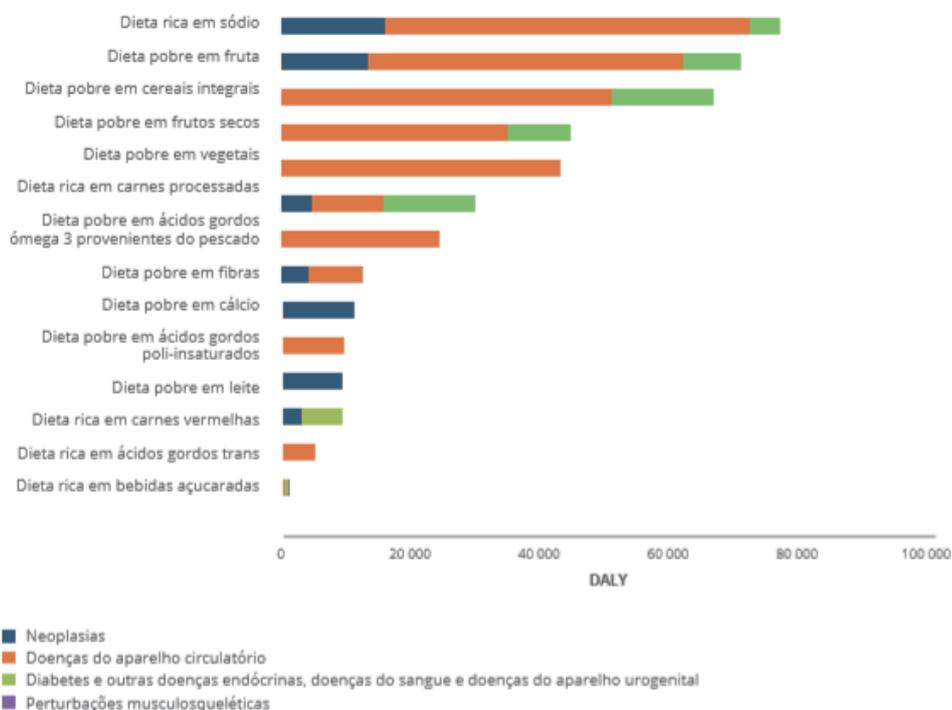
O Programa Nacional para a Diabetes [PND] pretende “Que 30.000 pessoas com maior risco de ter diabetes não venham a ter a doença”, “Que 30.000 pessoas que têm diabetes saibam que têm a doença” e “Que diminua em 5% o número de pessoas com diabetes que morrem antes dos 70 anos” ( DGS, 2017, p. 4). Sendo Portugal considerado um dos países europeus com taxa de prevalência da DM tipo 2 mais elevada (OECD, 2017), “(...) a Prevenção e o Diagnóstico Precoce são obrigatoriamente as grandes prioridades do PND” ( DGS, 2017, p. 13).

Portugal é um dos países onde se vive em média mais anos, porém é, também, o país onde se vive mais anos com pior saúde. Esta perda de anos de vida saudável deve-se sobretudo aos comportamentos de saúde da população (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2018).

Segundo o *Global Burden of Diseases 2015*, estima-se que os **fatores de risco** que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos - *Disability Adjusted Life Years* [DALY] - pela população portuguesa são dieta inadequada, a hipertensão arterial [HTA], o fumo de tabaco, índice de massa corporal [IMC] elevado, o aumento da glicose plasmática, o colesterol total elevado, o baixo nível de atividade física, entre outros. De ressaltar que estes fatores de risco para diversas doenças como a DM, correspondem a fatores de risco modificáveis sendo, por isso, passíveis de serem evitados (DGS, 2016).

Os **hábitos alimentares** são um dos fatores que influencia a saúde da população. Uma má alimentação com uma dieta hipercalórica, rica em sal, carnes e gorduras processadas industrialmente e açúcar traduz-se em potenciais problemas de saúde (Gráfico 4) (DGS, 2016).

**Gráfico 4** Estimativa da carga global de doença atribuível a hábitos alimentares inadequados, expressa em DALY, Portugal, 2015

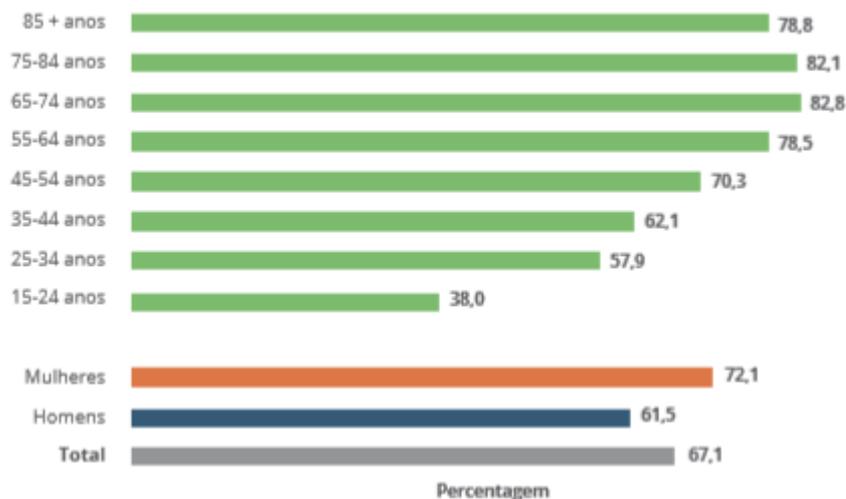


Fonte:(DGS, 2016, p. 16)

Uma má alimentação, associada a outros comportamentos como o sedentarismo e estilo de vida, assume um papel decisivo no que se refere à obesidade, fator de risco para a DM. Registou-se entre 2005 e 2015 um padrão de pré obesidade na população residente portuguesa e um acréscimo de 1% no caso da obesidade dos 18 anos 24 anos, mantendo-se a percentagem ou até regredindo nos restantes grupos etários. Verifica-se, não só no grupo etário dos 18 anos 24 anos, mas também nos grupos etários acima dos 65 anos de idade um aumento significativo da percentagem de pré-obesidade ( DGS, 2016).

A **glicose plasmática em jejum aumentada** é, não só um dos fatores de risco para DM, como é um indicador do seu diagnóstico precoce. No concerne à pesquisa de glicémia capilar verifica-se que acima de  $\frac{2}{3}$  da população portugueses referem esta ter sido avaliada por um profissional de saúde no último ano, com percentagem mais elevada no género feminino. Verifica-se um aumento com os anos de vida, porém com retrocesso na população com idade igual ou superior a 65 anos (Gráfico 5) (DGS, 2016).

**Gráfico 5** Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos com última medição do nível de glicémia por um profissional de saúde realizada nos últimos 12 meses, por sexo e grupo etário, Portugal, 2014



Fonte: (DGS, 2016, p. 27)

A prevalência de **HTA** é de 36% em 2015, aumentando com a idade e mais acentuada no género masculino e taxa de colesterol total é de 63,3%, também elevada. O défice de atividade física ou sedentarismo é também um fator de risco para a DM. No que confere a este fator de risco, verifica-se que cerca de 1 em cada 5 adultos portugueses atinge atualmente os valores recomendados de atividade física moderada ou vigorosa (DGS, 2016).

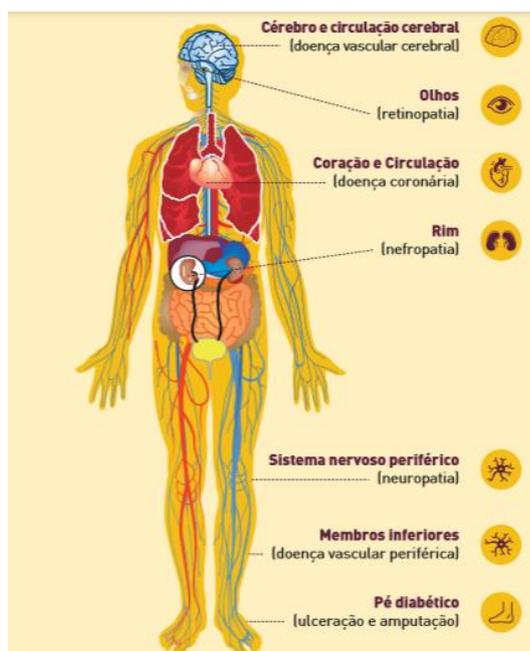
A avaliação do risco da diabetes permite não só identificar os indivíduos com risco acrescido de vir a desenvolver DM como também permite atuar a nível de diagnóstico precoce da doença (DGS, 2016).

“Só em 2015, foram realizadas a nível dos ACES mais de 600 000 avaliações de risco de diabetes. (...)Desde que se iniciou a possibilidade de se proceder à avaliação do risco de diabetes nos CSP, em 2014, já foram avaliados, em todas as ARS 1 273 828 de utentes.” (DGS, 2016, p. 83) .

Advêm das **complicações da DM** o sofrimento da pessoa diabética e dos seus familiares, aumento dos custos em saúde, perda de rendimentos e perda de produtividade (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

As principais complicações da DM (Figura 2) são a neuropatia e amputação, retinopatia, nefropatia e doença cardiovascular. Um deficiente controlo metabólico nas crianças pode resultar em défice de desenvolvimento, assim como na ocorrência tanto de hipoglicemias graves, como de hiperglicemia crónica e em internamentos hospitalares (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

**Figura 2** Complicações da DM



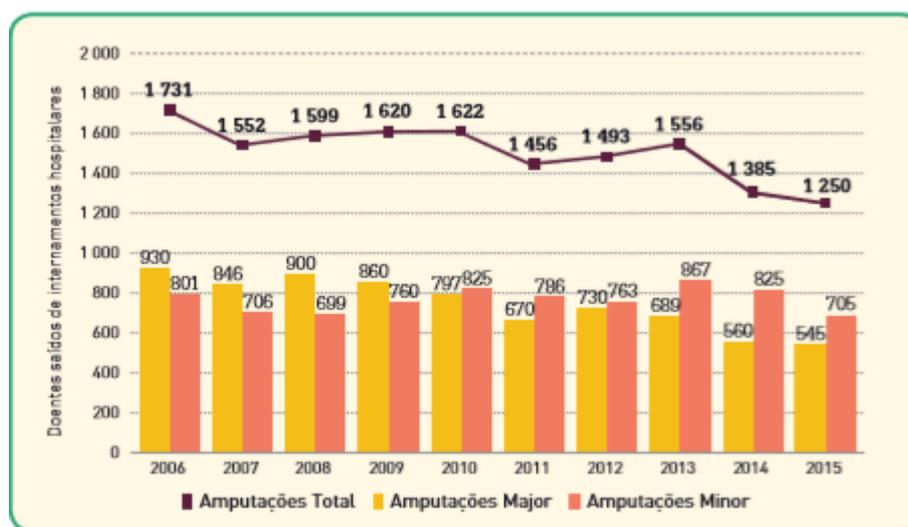
Fonte: (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 31)

“A diabetes pode provocar complicações crónicas em vários órgãos do organismo nomeadamente no Pé, no Rim e no Olho (complicações microvasculares) assim como causar complicações macrovasculares, que podem conduzir ao Enfarte agudo do miocárdio (EAM) e ao Acidente Vascular Cerebral (AVC)” (DGS, 2017, p. 6).

As amputações em indivíduos com DM devem-se a complicações do **pé diabético** cujo tratamento não foi atempado. Estas amputações podem ser *minor* ou *major* consoante a área amputada, sendo que parte do pé é considerado *minor* e amputações ao nível do maléolo,

perna ou coxa são designadas como *major*. O número de amputações dos membros inferiores tem vindo a diminuir de 2010 a 2016, verificando-se em 2016 o menor número de amputações, sejam elas *major* e *minor* (Gráfico 6) (DGS, 2017). “O número de utentes saídos (internamentos hospitalares) por “pé diabético” em 2015 registou um decréscimo de 220 episódios comparativamente ao ano anterior.” (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 32).

**Gráfico 6** Amputação dos membros inferiores por motivo de DM



Fonte: (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 32)

“Sendo o pé diabético uma das complicações da diabetes responsável por graus de incapacidade elevados e que influencia muito a qualidade de vida das pessoas com diabetes, é indispensável que se façam avaliações periódicas do risco no sentido de evitar que as situações obriguem a medidas extremas como a amputação dos membros inferiores” (DGS, 2016, p. 84).

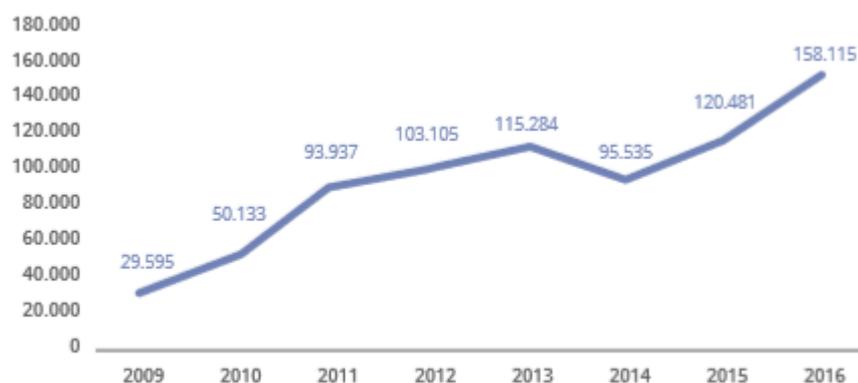
A nível de CSP Em 2015 foram realizadas 702 180 avaliações de risco do pé diabético a utentes com DM. Verificou-se um aumento destas avaliações em 2015 comparativamente ao ano anterior na generalidade da Administração Regional de Saúde [ARS], porém a ARS Norte é a que detém mais avaliações realizadas e registadas nos respetivos anos (DGS, 2016).

A **insuficiência renal crónica** [IRC] é outra das complicações frequentes da DM. É uma complicação grave que num estadio mais avançado poderá haver necessidade de substituição da função renal através de diálise ou de transplante renal. Face à esta importância é imprete-

rível uma a monitorização da prevalência da diabetes nos doentes com doença renal crónica [DRC]. A prevalência de DM nos doentes com doença renal crónica tem-se mantido mais ou menos constante desde 2011, sendo de 27,2% e de 28,1% em 2011 e 2015, respetivamente (DGS, 2017).

A **retinopatia diabética** é uma das principais complicações da DM e considerada “uma das principais responsáveis de cegueira evitável nos adultos”(DGS, 2017, p. 7). O Programas de Rastreio da Retinopatia Diabética tem vindo a abranger mais diabéticos desde 2009 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). O número de doentes com diabetes rastreados para a retinopatia diabética aumentou substancialmente, em cerca de 32% de 2015 para 2016 (Gráfico 7), tendo sido efetuados mais 38.045 rastreios (DGS, 2017). Esta tendência crescente já se tinha também verificado de 2014 para 2015. Verifica-se porém que, apesar da cobertura geográfica do rastreio de retinopatia diabética atingir cerca de 80%, existe ainda taxa de cobertura populacional de cerca de 24% (DGS, 2016).

**Gráfico 7** Evolução do rastreio da retinopatia diabética, em Portugal, 2009 – 2016



Fonte: DGS/ARS – Relatório Monitorização e Avaliação do Rastreio de Retinopatia Diabética, 2016

Fonte: (DGS, 2017, p. 8)

A **doença macrovascular** representa uma importante causa de mortalidade e morbidade associada à DM. Dos internamentos por Acidente Vascular Cerebral [AVC] 30% são em indivíduos com DM e apesar do número internamentos ter sofrido oscilações ao longo dos anos, verifica-se tendencialmente crescente embora seja visível um decréscimo em 2016. Ape-

sar da letalidade em indivíduos com DM e AVC ser inferior à apresentada na globalidade dos AVC, a mortalidade por enfarte agudo do miocárdio verifica-se superior nos indivíduos com DM (DGS, 2017; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

“Uma das funções do PND é a promoção das boas práticas no tratamento da diabetes” (DGS, 2017, p. 15). As Unidades Coordenadoras Funcionais da diabetes tornam-se uma peça chave na

“ (...) integração dos cuidados e articulação entre os diversos níveis dos cuidados, promovendo a multidisciplinariedade e a participação de todas as instituições envolvidas. Permitem na sua área geográfica objectivar as necessidades e congregar esforços para implementar as estratégias e orientações do PND.” (DGS, 2017, p. 14)

O **tratamento medicamentoso da DM** é realizado através de antidiabético oral [ADO] ou insulino terapia ou associação de ambos. A nível europeu verifica-se um aumento ao longo dos anos do consumo de medicação para a DM, definido por Dose Diária Definida/1 000 habitantes/dia. Os valores supra referidos neste enquadramento teórico de prevalência da DM são um dos fatores responsáveis por este aumento associados ao aumento da proporção de indivíduos com DM tratados e da dosagem média de medicação (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). “Na área da diabetes assumem particular relevância o consumo de novas insulinas e dos novos antidiabéticos que assumem expressão nos encargos financeiros imputados ao SNS” (DGS, 2017, p. 10).

“A dose diária definida por 1 000 habitantes por dia indica, em medicamentos administrados cronicamente, a proporção da população que diariamente recebe tratamento com determinado fármaco numa determinada dose média (...)” (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 38). Verifica-se em Portugal um aumento de dose diária definida 50,6 para 67,1 de 2000 para 2015, traduzindo-se numa variação de 33%. (+ 66%) (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). “O crescimento dos custos dos medicamentos da Diabetes tem assumido uma especial preponderância e relevância (+ 269%) face ao crescimento efetivo do consumo, quantificado em número de embalagens vendidas (+ 66%)” (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 39).

Este acréscimo no custo da terapêutica para a DM deve-se essencialmente ao aumento do custo de ADO e insulina devido à introdução de novos princípios ativos. Contudo, no que

confere aos medicamentos genéricos em 2015 verificou-se um decréscimo no número de vendas. Os utentes do SNS com DM têm encargos diretos de 22 Milhões de Euros no que diz respeito a ADO e insulina. Deve também ser tido em conta que o número de vendas de tiras-teste de glicemia registou um aumento de 2006 para 2015 de 1700 milhares de embalagens para 2895, correspondendo a um aumento de mais de 70% (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Assim numa breve análise dos custos temos:

“Se considerarmos que a despesa identificada, de acordo com Estrutura da Despesa de Saúde em Diabetes – Estudo CODE-2, corresponde entre 50-60% do total da despesa, a Diabetes em Portugal em 2014 representou um custo direto estimado entre 1 300 – 1 550 milhões de euros (mantendo os valores face ao ano transato)” (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 54).

Ou “(...) se considerarmos o custo médio das pessoas com Diabetes, de acordo com os valores apresentados pela IDF, no 7.º Atlas Mundial da Diabetes, (que corresponde em 2015, a preços correntes, a um valor de 1 893 € [2 100\$] por indivíduo) a Diabetes em Portugal em 2015 representa um custo de 1 936 milhões de euros (para todos os indivíduos com Diabetes entre os 20-79 anos)” (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p. 55).

Assim temos, na primeira visão, uma correspondência de despesa com a DM de 0,7 a 0,9 do Produto Interno Bruto português de 2015, 8 a 10 % das despesas em saúde em 2015. Na segunda perspetiva a despesa com a DM corresponde a 1% do Produto Interno Bruto português em 2015 e 12% das despesas em saúde nesse mesmo ano. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

## **1.2. Literacia em Saúde e o Autocuidado**

As sociedades do século XXI enfrentam um paradoxo na tomada de decisão sobre a sua saúde. As pessoas são cada vez mais desafiadas a fazer escolhas saudáveis de estilo de vida e a gerir as suas etapas pessoais e familiares por meio de ambientes complexos e sistemas de saúde, mas não estão a ser preparadas ou apoiadas de maneira satisfatória para lidar com

essas tarefas. A literacia é o indicador mais forte do estado de saúde de um indivíduo (OMS, 2013).

Para a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* [UNESCO] “a literacia é uma ferramenta para a aprendizagem, bem como uma prática social cujo uso pode aumentar a voz e a participação de comunidades e indivíduos na sociedade” (UNESCO, 2003, p.2).

Este investimento na literacia de uma comunidade, deverá, também ocorrer nos cuidados de saúde. O conceito de literacia em saúde surge pelas mãos da Organização Mundial de Saúde [OMS] em 1998, que refere que a literacia em saúde “representa as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e usar informações de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998, p.10).

Desde que surgiu o termo e conceito de literacia em saúde, este tem vindo a ser redefinido ao longo do tempo a fim de estar sempre atualizado face à evolução da sociedade. Uma das definições mais recentes foi desenvolvida no *European Health Literacy Consortium*, que refere que

“a literacia em saúde está ligada à literacia e envolve a conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde e para fazer julgamentos e tomar decisões no dia a dia sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”(WHO, 2013, p.4)

Investir no incremento da literacia de uma população permite aos cidadãos tomar decisões mais consciencializadas, responsáveis e com o conhecimento necessário a cada fase do seu ciclo vital. Sendo “importante considerar as diferentes áreas temáticas de investimento, por estadio de desenvolvimento, potenciando e indo ao encontro das oportunidades e necessidades identificadas, promovendo a Literacia em Saúde e o autocuidado” (DGS, 2019, p.7)

A literacia em saúde deve ser transversal a todas as áreas de cuidados de saúde. A seguinte matriz, também criada no *European Health Literacy Consortium*, traduz as quatro dimensões da literacia em saúde aplicada a três domínios da saúde (Tabela 3). Este modelo identifica 12 dimensões de literacia em saúde relacionadas com o acesso, compreensão, avaliação

e aplicação de informação aos cuidados de saúde, na prevenção de doenças e promoção de saúde (WHO, 2013).

**Tabela 3** European Health Literacy Consortium: as 12 dimensões definidas pelo modelo

<u>Literacia em Saúde</u>	Aceder ou Obter informações relevantes para a saúde	Compreender as informações relevantes para a saúde	Processar ou avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar ou usar informações relevantes para a sua saúde
<b>Cuidados de Saúde</b>	Capacidade de aceder a informações de questões clínicas	Capacidade de compreender a informação médica e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar a informação médica	Capacidade de tomar decisões informadas acerca de questões médicas
<b>Prevenção da doença</b>	Capacidade de aceder informações sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de entender informações sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de interpretar e avaliar informações sobre os fatores de risco para a saúde	Capacidade de se avaliar a relevância da informação acerca dos fatores de risco para a saúde
<b>Promoção da Saúde</b>	Capacidade de atualização de conhecimentos	Capacidade de compreender informações sobre a saúde e o seu significado	Capacidade para interpretar e avaliar informação sobre a saúde	Capacidade de adquirir uma opinião refletida acerca da saúde

Fonte: Tabela Adaptada de (Sørensen et al., 2012, p.10)

Espanha et al. corroboram com a definição supracitada, referindo que a literacia em saúde está direcionada para “as competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre os cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável” (Espanha et al., 2016, p.5).

Um inquérito realizado por estes autores iniciado em Portugal em 2011 aborda a literacia em saúde em três domínios distintos: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença. Segundo este estudo, Portugal encontra-se, de uma forma geral, ligeiramente abaixo da média dos países europeus participantes no *Health Literacy Survey*. No domínio dos cuidados de saúde, Portugal permanece novamente abaixo da média dos países participantes, apresentando 45,4% de inquiridos com limitações em literacia e com 35,3% localizados no nível problemático. No domínio da prevenção da doença, pode verificar-se neste estudo que em Portugal 34,2% apresentam um nível problemático em literacia e 11,3% um nível inadequado. Um nível excelente é atingido por 12,5% e 42% apresentam um nível de literacia sufici-

ente. No campo da promoção da saúde, segundo o mesmo estudo, 48,9% dos inquiridos apresentam um nível de literacia excelente e suficiente e 51% apresentam um nível problemático e inadequado. Analisando o nível de literacia consoante a idade, concluiu-se que é na população acima dos 56 anos que se verifica níveis de literacia mais baixos (Espanha et al., 2016).

A forma de melhorar a literacia em saúde passa por promover o diálogo, a confiança e a comunicação entre o profissional de saúde e o utente, utilizar uma comunicação simples com terminologia adequada ao seu grau de literacia, se necessário usar imagens para apoio e esclarecimento de conceitos e riscos para a saúde. Deve sempre verificar-se se o utente compreendeu a informação transmitida (Antunes, 2014).

Segundo a Direção Geral da Saúde [DGS], uma das orientações para implementação do Plano Nacional de Saúde [PNS] é

“Capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do sistema do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços” (DGS, 2015, p.20).

Para tal é proposto pela DGS a “promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” e “a realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco.” (DGS, 2015, p. 14).

O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados pretende reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde utilizando como ferramentas essenciais a informação, o conhecimento e a decisão informada. Este programa visa recolher, organizar e partilhar boas práticas em educação, literacia e autocuidados; fazer da noção de «vida ativa», física, intelectual uma referência central; adicionar às boas práticas existentes novos projetos; assegurar que as boas práticas identificadas e desenvolvidas neste contexto sejam progressivamente adotadas pelos diversos atores da saúde, através de múltiplos mecanismos, incluindo o planeamento em saúde; desenvolver o programa com a participação do cidadão, integrando

outros programas de saúde e implementá-lo em parceria com organizações competentes (Despacho nº 3618-A, 2016). Este programa pretende atuar “preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento” (Despacho n.º 3454, 2017, p. 8660).

O Plano de Ação para a literacia em saúde 2019-2021 pretende corresponder aos objetivos do PNS, promovendo a ganhos em saúde e o bem estar da população. Para tal, define quatro medidas estratégicas: plano para o acesso e utilização de cuidados, plano integrado para o ciclo de vida, plano para a avaliação e promoção do conhecimento da Literacia em Saúde e plano para a gestão da doença crónica e promoção do bem-estar. Foram, também, definidos quatro objetivos gerais: adotar estilos de vida saudável, capacitar para a utilização adequada, promover o bem-estar e promover o conhecimento e a investigação. Foram definidas áreas de intervenção para cada um dos objetivos gerais, assim como se definiram objetivos específicos a fim de atingir as metas estabelecidas. Para a adoção de estilos de vida saudáveis pretende-se capacitar pais, mães e cuidadores, capacitar as crianças e jovens, capacitar adultos e capacitar pessoas com 65 e mais anos. De ressaltar que atendendo a cada fase do ciclo vital assim foram definidas áreas prioritárias de atuação para cada um dos processos de capacitação. Estas áreas prioritárias são diversas como gestão da doença, gestão da saúde, bem esta, envelhecimento ativo e saudável, métodos e meios de promoção de literacia em saúde, entre outras (DGS, 2019).

“As medidas estratégicas visam a articulação, uniformização e integração de projetos, iniciativas e atividades” (DGS, 2019, p.8).

Pretendendo ir de encontro ao preconizado pelos planos descritos, este projeto de intervenção comunitária tem como objetivo a capacitação da pessoa diabética para o autocuidado oferecendo-lhe ferramentas para a aquisição conhecimentos que lhe permitam uma eficaz gestão da doença, traduzindo-se, a longo prazo, em ganhos em saúde.

### 1.3. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Capacitação da Pessoa com Diabetes

Realizou-se em Ottawa, a 21 de novembro de 1986, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou a denominada Carta de Ottawa contendo os pressupostos aprovados para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 (DGS, s.d.).

Entende-se como promoção de saúde

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

Intervir na promoção da saúde implica a construção de políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde (DGS, s.d.).

Nola Pender publicou o seu Modelo de Promoção de Saúde - *Health Promotion Model* [HPM] inicialmente em 1982, numa primeira edição do *Health Promotion in Nursing Practice*, pretendendo dar uma perspetiva de enfermagem holística, de psicologia social e de teoria de aprendizagem como ferramentas fundamentais deste modelo. O HPM foi revisto e melhorado ao longo do tempo, tendo a sua última publicação surgido em 1996, atualizado pela mudança de perspetivas teóricas e descobertas empíricas. Este modelo assenta em quatro pilares conceptuais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

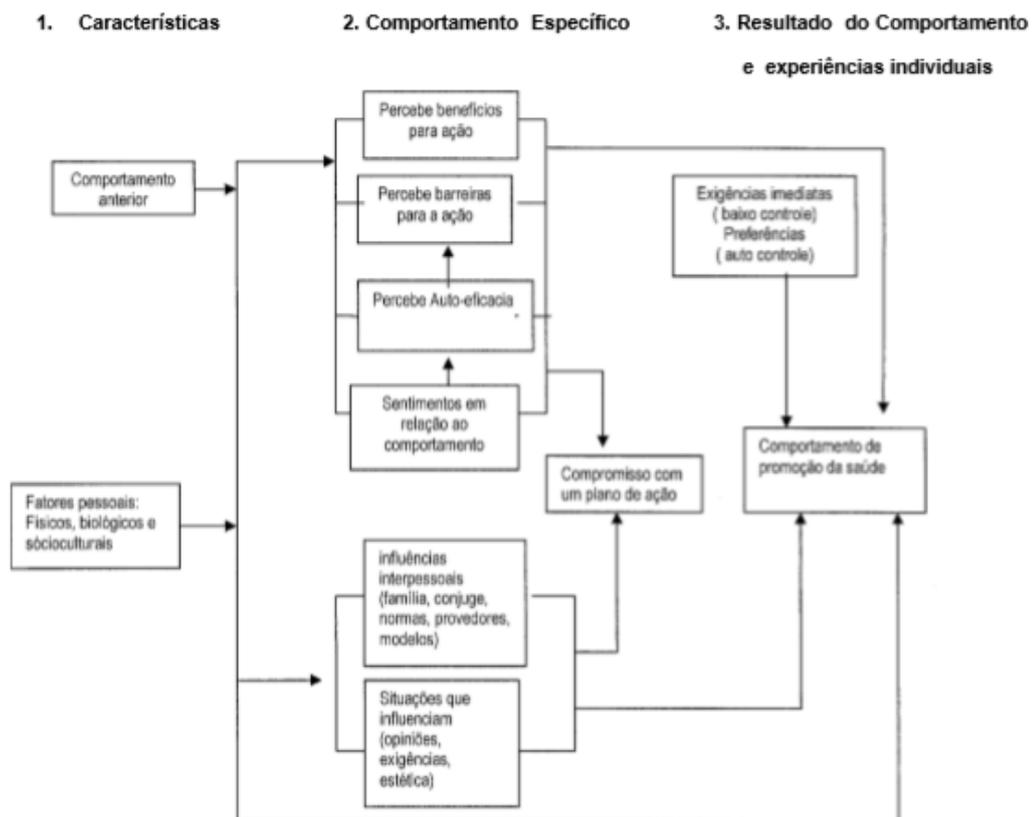
Para compreender o HPM é fundamental definir estes conceitos a ele inerentes.

A pessoa é um ser biopsicossocial que, apesar de ser moldado pelo ambiente, procura, também, criar um ambiente que permita apresentar o seu potencial humano. O ambiente é o contexto físico e sociocultural onde a pessoa vive ao longo do seu ciclo de vida. Existe uma

relação de reciprocidade pessoa/ambiente. A saúde está em constante evolução na medida em que é definida como uma atualização do potencial humano, seja ele intrínseco ou adquirido através do comportamento, a fim de atingir determinados objetivos, autocuidado habilitado e relacionamentos interpessoais favoráveis. A enfermagem é definida como a coadjuvação com indivíduos, famílias e comunidades com o objetivo de criar condições consideradas favoráveis para o alcance de saúde e bem estar ideal (Pender, 2011b).

O HPM identifica os fatores cognitivos e perceptivos como determinantes comportamentais de promoção de saúde, focando-se em dez categorias e podendo ser aplicado ao longo do ciclo vital (Tomey & Alligood, 2002) (Figura 3).

**Figura 3** Diagrama do Modelo Promoção de Saúde de Nola Pender



Fonte: Victor, Lopes & Ximenes (2005, p.237)

O HPM é constituído por três componentes major, as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento e o resultado do comportamento. Cada um destes componentes subdividem-se em variáveis da seguinte forma:

As **caraterísticas e experiências individuais** incluem o comportamento anterior, ou seja o comportamento de saúde que se pretende modificar e os fatores pessoais, que se subdividem em biológicos, psicológicos ou socioculturais, ou seja as características gerais do individuo que influenciam o comportamento de saúde. Os **sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento** que se pretende adquirir, é subdividido em seis variáveis: percebe benefícios da ação, percebe barreiras para ação, percebe autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e influências situacionais. O **resultado do comportamento** que se adquire compreende o compromisso com o plano de ação que se traduz na adoção de estratégias específicas para a aquisição eficaz do comportamento de saúde definido; as exigências imediatas e preferências ou seja, as exigências de competição são comportamentos alternativos adotados que não vai de encontro à estratégia estabelecida e cujo controlo do individuo sobre eles é reduzido e as preferências de competição que diferem das exigências de competição por um existir controlo grande do individuo sobre os comportamentos alternativos; e o comportamento de promoção da saúde, ou seja o objetivo final, o comportamento de saúde que se pretende adquirir (Pender, 2011b; Tomey & Alligood, 2002; Victor et al., 2005).

Este modelo de promoção de saúde assenta nos seguintes pressupostos,

“1- As pessoas procuram criar conduções de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde humano único.

2- As pessoas têm a capacidade de auto-consciência reflectiva, incluindo a apreciação das suas próprias competências.

3- As pessoas valorizam o crescimento em direções entendidas como positivas e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade.

4- Os indivíduos procuram regular activamente o seu próprio comportamento.

5- Os indivíduos, em toda a sua complexidade bio-psico-social, interagem com o ambiente, transformando progressivamente o ambiente e sendo transformados ao longo do tempo.

6- Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital.

7- A reconfiguração auto-iniciada dos padrões interativos pessoa- ambiente é essencial à mudança de comportamento” (Tomey & Alligood, 2002, p. 705-706).

Todos os programas de educação para a saúde devem ter presentes estes pressupostos supra descritos, tendo em consideração a pessoa como ser holístico e em constante mutação pela influência do meio envolvente, com a sua componente política, social e pessoal, e como parte fundamental de todo o processo de procura pela saúde.

Este modelo de promoção de saúde “contribui com uma solução de enfermagem para a política de saúde e para a reforma dos cuidados de saúde fornecendo um meio para compreender como os consumidores podem ser motivados para atingir a saúde pessoal” (Tomey & Alligood, 2002, p.707).

A pessoa diabética adulta, com diagnóstico precoce ou não, tem como adquiridos comportamentos, hábitos ou estilos de vida intrínsecos à sua personalidade ou influenciados por fatores socio económicos e culturais ou pelo meio familiar em que se insere. As metas estabelecidas para a saúde são de caráter pessoal, de acordo com o perfil de cada indivíduo. A capacitação do utente diabético passa por, inicialmente, contextualizar o indivíduo em todas as suas dimensões a fim de serem introduzidas estratégias que visem a aquisição de determinado comportamento em saúde. “Utilizando o modelo e trabalhando de forma colaborativa com o paciente / cliente, o enfermeiro pode auxiliar o cliente na mudança de comportamentos para alcançar um estilo de vida saudável”(Pender, 2011b, p.2).

Podem ser desenvolvidas orientações para a promoção de saúde baseadas nas variáveis do HPM. As tecnologias de informação são uma mais valia podendo ser usadas para efetuar uma avaliação de enfermagem e adaptar intervenções a cada utente. Assim, é facilitado o *follow up* de promoção da saúde por parte do enfermeiro (Pender, 2011a).

A utilização deste modelo neste projeto de intervenção comunitária permite perceber a complexidade do fenómeno de saúde do indivíduo possibilitando a seleção de estratégias

indo de encontro ao objetivo primordial que é a promoção da saúde, possibilitando a mudança de comportamentos na pessoa diabética, a sua capacitação e a autogestão da doença com base nesta teoria de enfermagem.

## **2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS**

### **2.1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Para Imperatori e Giraldes (1982, p.3), “O planeamento é um processo de intervenção sobre a realidade socioeconómica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes” partindo de um diagnóstico de situação, em que são identificadas as necessidades de intervenção. Para se planejar em saúde é imperativo o conhecimento das etapas preconizadas, sendo elas o diagnóstico da situação, a determinação das prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação (Tavares, 1990).

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do processo de planeamento pretendendo responder às necessidades da população. O conhecimento do conceito de problema e necessidades são peças chave para esta etapa (Tavares, 1990). “No final desta fase deverão definir-se os principais problemas de saúde, entendidos estes fundamentalmente como situação de doença e medidos em termos de morbi-mortalidade (Imperatori & Giraldes, 1982, p.11).

A determinação de prioridades constitui a segunda etapa deste processo. Nesta etapa são selecionados os problemas a serem solucionados através da aplicação de critérios como a dimensão do problema, a transcendência social e económica e a sua vulnerabilidade (Imperatori & Giraldes, 1982). Verifica-se a aplicação de outros critérios, porém, por serem inúmeros, procede-se à seleção de três ou quatro critérios possibilitando um consenso de grupo e constituindo uma base objetiva para esta etapa (Tavares, 1990).

A grelha de análise é uma das técnicas utilizada para a determinação de prioridades através de critérios definidos, sendo estes a importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade

(Tavares, 1990). Foi este o método de determinação de prioridades utilizado neste projeto e que será abordado no capítulo 4.

A fixação de objetivos é a etapa do planeamento em saúde onde são definidos objetivos que são o reflexo do resultado esperado para a população alvo. Um objetivo deve ser pertinente, preciso, realizável e mensurável. Um objetivo geral corresponde a um estado que se pretende atingir e os objetivos específicos correspondem a um objetivo mais pormenorizado que contribui para que esse objetivo geral seja atingido (Tavares, 1990). Nesta etapa são estabelecidos indicadores de saúde e metas que permitem realizar a avaliação dos objetivos definidos (Imperatori & Giraldes, 1982).

A seleção de estratégias é uma etapa fundamental no processo de planeamento em saúde. É nesta etapa que se estabelece o processo adequado e novas formas de atuação para ir de encontro aos objetivos estabelecidos (Imperatori & Giraldes, 1982). Ao escolher-se a estratégia a utilizar deve ter-se sempre em conta os custos, obstáculos, pertinência, vantagens e desvantagens. São estes os pontos chave que uma estratégia seja selecionada em detrimento de outra (Tavares, 1990).

A etapa seguinte denomina-se preparação operacional e visa facilitar a realização das atividades através de uma especificação mais detalhada das mesmas. Assim, são definidos mais pormenorizadamente os resultados a atingir, é elaborada uma lista de atividades a realizar assim como a forma como serão executadas, são determinados os recursos e é também realizado um calendário afim de perspetivar no tempo todas as atividades do projeto (Imperatori & Giraldes, 1982).

A avaliação surge como etapa final onde é feita uma comparação do resultado obtido com a situação inicial e com os objetivos e metas estabelecidos (Imperatori & Giraldes, 1982). “Só uma correcta avaliação e controlo dos projetos permite comparar os estados inicial e final da população-alvo (...) relacionando as atividades realizadas com os recursos dispendidos e adequando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas”(Imperatori & Giraldes, 1982, p. 214). Através da comparação entre os resultados esperados e os resultados obtidos é possível identificar situações e proceder às devidas correções. Esta fase não constitui apenas uma fase final do projeto, mas deverá ser realizada ao longo das suas diferentes etapas (Tavares, 1990).

O processo de planeamento em saúde é um processo dinâmico e mutável podendo haver necessidade de um ajuste e reestruturação em qualquer uma das fases do mesmo.

## 2.2. Diagnóstico de Situação

Inicialmente, para a realização do diagnóstico de saúde, procedeu-se à pesquisa nos diversos documentos institucionais, tais como o PNS, Carta de Compromisso da USF, Relatório de Atividades da USF 2017, Perfis de Saúde (Algarve e Barlavento) e Plano Local de Saúde Barlavento – Algarve 2017-2020. Assim, conseguiu-se traçar uma linha orientadora das problemáticas de saúde nacionais e da região do Barlavento Algarvio para, posteriormente ser realizada uma pesquisa direcionada para a caracterização da população alvo e dos recursos da comunidade e do seu município. Acedeu-se ao site da Câmara Municipal, aos registos do Instituto Nacional de Estatística [INE] e PORDATA, a fim de realizar a caracterização do território e da sua população. Após a obtenção dos dados referentes à população do município e entregue o requerimento à direção da USF para pesquisa dos dados da instituição, pode utilizar-se a plataforma *mim@uf* e o *SClinico* para uma pesquisa direcionada para a caracterização dos utentes inscritos nesta instituição. Esta pesquisa permite uma análise quantitativa baseada em indicadores e dados estatísticos obtidos.

Após identificada uma das problemática desta população, a DM, foi , então, preenchido pelos enfermeiros da instituição um questionário de caráter anónimo a fim de validar se a problemática identificada através da pesquisa supra referida ia de encontro às necessidades identificadas pelos enfermeiros na sua prática diária junto desta população.

A análise das respostas aos questionários permitiu corroborar a pesquisa realizada, validando a DM como problemática desta comunidade.

### 2.3. Metodologia Utilizada na Fase de Implementação do Projeto

Após identificação da problemática da DM nesta população, foi selecionado o instrumento de recolha de dados que permite explicar o fenómeno de adesão pelos principais componentes do regime terapêutico dos diabéticos, a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada de *Summary of Diabetes Self-Care Activities* [SDSCA] (Autores: Bastos, Severo, & Lopes, 2007) (Autores: Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000) (Anexo I).

Esta escala é constituída por sete dimensões distintas: Alimentação Geral, Alimentação Específica, Atividade Física, Monitorização da Glicémia, Cuidados com os Pés, Medicamentos e Hábitos Tabágicos. Cada participante deve recordar-se dos comportamentos dos últimos sete dias ao do momento de resposta. Caso o participante tenha estado doente, as respostas dadas deverão corresponder aos sete dias antes desse estado de doença.

A escala é parametrizada em dias por semana em que se verifica determinado comportamento dos avaliados pela escala. A resposta a cada um dos pontos corresponde a um *score* de zero (0) a sete (7), em que zero (0) corresponde a em nenhum dos últimos sete dias e sete (7) corresponde a em sete dos últimos sete dias, nos quais se verificou determinado comportamento. Este *score* por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido seu número. Os resultados são expressos em dias por semana, em média (Bastos et al., 2007).

Cada utente que participou nas sessões de educação para a saúde respondeu à Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes antes da realização das mesmas. O preenchimento da escala teve apoio de projeção aumentada da mesma para uma melhor visualização e foi explicada cada uma das perguntas para melhor compreensão de cada uma. Após os participantes terem terminado o preenchimento, foi iniciada a sessão de educação para a saúde.

Cada uma das escalas foi codificada em documento *Microsoft Excel* para manter o anonimato dos participantes, durante este processo.

Após este projeto de intervenção, preconiza-se que a equipa dê seguimento ao projeto, não só ao reproduzi-lo para os utentes das restantes equipas da USF, mas numa avaliação

posterior dos mesmos utentes, recorrendo à codificação realizada, a fim de verificar a manutenção ou não dos comportamentos de adesão.

Os dados obtidos através da aplicação dos questionários aos participantes foram analisados com recurso ao programa informático *Microsoft Excel*.

## 2.4. Questões Éticas

Este projeto de intervenção comunitária foi primeiramente autorizado pelo coordenador da USF bem como da Sr. <sup>a</sup> Enfermeira Responsável e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo também foi requerida a autorização de pesquisa nas plataformas e bases de dados disponíveis nesta unidade (Apêndice I).

Foi pedido parecer ao ACES Barlavento (Apêndice II), na pessoa da Diretora executiva do ACES Algarve II – Barlavento para realizar o projeto de intervenção comunitária, que se verificou positivo (Apêndice III) para posterior avaliação pela comissão de ética da ARS do Algarve (Anexo II).

Foi também requerida a utilização da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada de SDSCA. Foi pedida autorização aos autores dos instrumentos e a sua utilização foi consentida (Apêndice IV).

Foi entregue a cada um dos participantes no estudo um impresso de consentimento informado para esclarecimento acerca do estudo e sua autorização de acordo com o modelo disponibilizado pela ARS Algarve (Apêndice V).

Após o preenchimento da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes por cada um dos participantes, estes foram codificados a fim de manter o seu anonimato (Apêndice VI).

Não serão divulgados quaisquer dados que permitam identificar os participantes.

Não será feita divulgação de dados que permitam identificar os intervenientes, sendo privilegiada a sua confidencialidade e o anonimato.

Não se consideram outros aspetos éticos.

### 3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Segundo Tavares (1990, p. 51) o diagnóstico da situação “É o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população “beneficiária”. A existência de um projeto entende-se na medida em que proporcione a satisfação de uma necessidade identificada nesta etapa.” Deste modo, procedeu-se à caracterização dos utentes inscritos na USF, sendo possível identificar a DM como problemática desta população.

A pesquisa realizada nos diferentes documentos institucionais disponíveis assim como nas plataformas da instituição permitiu um verdadeiro conhecimento da população alvo e das suas necessidades, direcionando para as áreas consideradas prioritárias não só pelos dados dos documentos institucionais, mas reforçado pelos indicadores da USF. Contudo, um diagnóstico de situação não deve responder só as necessidades reais da população alvo, mas também corresponder às necessidades sentidas pelos profissionais de saúde acerca dessa mesma população.

Para Imperatori & Giraldes (1982, p. 13) “No processo lógico que que é o planeamento, o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico de situação. Este diagnóstico deverá corresponder às necessidades de Saúde das populações. A concordância entre o diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou actividades.”

Esta fase detém quatro requisitos importantes a descrição preferencialmente quantitativa da situação; o conhecimento dos fatores que a determinam; a análise da sua evolução e perspectivas e a avaliação. O mesmo autor refere que esta etapa deverá utilizar-se diversas técnicas com três abordagens distintas sendo elas os indicadores, os inquéritos e as pesquisas de consensos (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990). A aplicação dos questionários aos enfermeiros da USF permitiu expressar o real grau de prioridade que cada enfermeiro da USF atribui aos problemas identificados pretendendo, assim, chegar a uma conclusão que valide, ou não, as necessidades identificadas previamente.

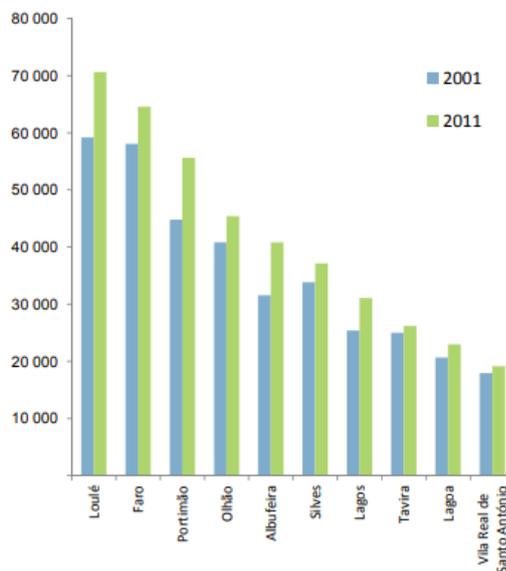
No final desta etapa deve realizar-se uma análise dos resultados e, caso necessário, proceder a atualização do diagnóstico obtido.

Como nos diz Tavares ( 1990, p. 72): “No final de um diagnóstico de situação, que é em si mesmo um projeto de investigação, há sempre a certeza de que ele está incompleto e, quantas vezes, já desactualizado. Daí que deva ser permanentemente actualizado, sem deixar de avançar para a etapa seguinte.”

### **3.1. Caracterização do Concelho e População Residente**

A região do Algarve é a que se localiza mais a sul de Portugal Continental. É constituída por 16 municípios: Aljezur, Vila do Bispo, Lagos, Monchique, Portimão, Lagoa, Silves, Albufeira, Loulé, São Brás de Alportel, Faro, Olhão, Tavira, Castro Marim, Alcoutim e Vila Real de Santo António; e 84 freguesias. A sua capital de distrito é Faro e o seu maior concelho é Loulé.

Segundo os Censos a população residente no Algarve em 2011 é de 451 006 pessoas, sendo 219 931 homens e 231 075 mulheres, representando cerca de 4,3% da população do país. Verificou-se um crescimento populacional nesta região de 14,1% relativamente ao ano de 2001. Este crescimento populacional é transversal a todos os municípios da região com exceção de Alcoutim, Vila do Bispo e Monchique, onde se verificou um decréscimo populacional de 2001 para 2011. Contrariamente, no município de Albufeira, Portimão e Lagos verificou-se um aumento populacional de 29,4%, 24,1% e 22,2%, respetivamente (Gráfico 8) ( INE, 2012).

**Gráfico 8** População residente nos 10 municípios com mais população, 2011

Fonte: INE, 2012

Mantendo a tendência, no que respeita à densidade populacional, os municípios de Monchique e Alcoutim apresentam uma densidade populacional bastante inferior à média da região do Algarve que é de 90,3 habitantes por Km<sup>2</sup>. Olhão, Faro, Vila Real de Santo António e Portimão são os municípios da região com maior densidade populacional. De salientar que a densidade populacional da região do Algarve é inferior à média do país que é de 114,5 habitantes por km<sup>2</sup> (INE, 2012).

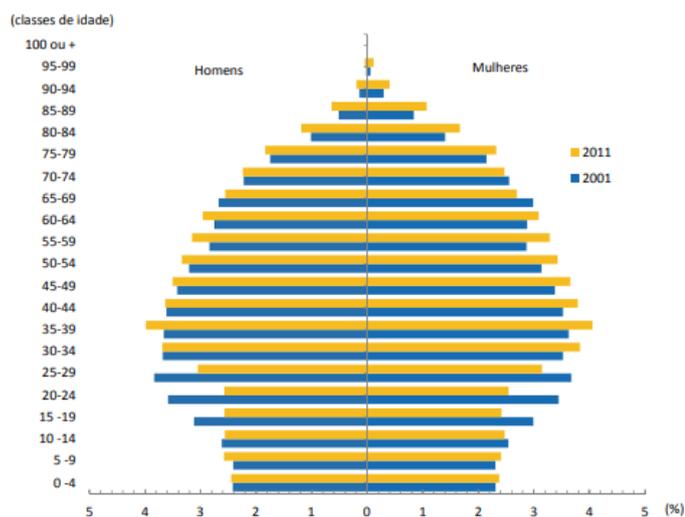
Acompanhando a tendência nacional, a região do Algarve, apresenta um visível envelhecimento populacional. Apesar do ligeiro aumento da percentagem de jovens residente nesta região de 2001 para 2011, há também um aumento da percentagem da população idosa (Tabela 4).

**Tabela 4** Estrutura etária da população residente por sexo

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO (%)	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
<b>Jovens</b>						
Algarve	14,61	15,05	14,18	14,85	15,57	14,16
Portugal	16,00	16,95	15,11	14,89	15,93	13,93
<b>Idosos</b>						
Algarve	18,63	16,85	20,37	19,46	17,87	20,98
Portugal	16,35	14,16	18,40	19,03	16,69	21,17

Fonte: INE, 2012

O índice de envelhecimento do Algarve é de 131,0 por cada 100 jovens. Todos os municípios apresentam um índice de envelhecimento superior a 100, reflexo da existência de mais idosos do que jovens, com exceção do município de Albufeira (84,7) (INE, 2012). Este desequilíbrio demográfico é visível na pirâmide etária da população residente na região do Algarve em 2011, ou seja, diminuição da população mais jovem e aumento da população com idades mais elevadas (Figura 4).

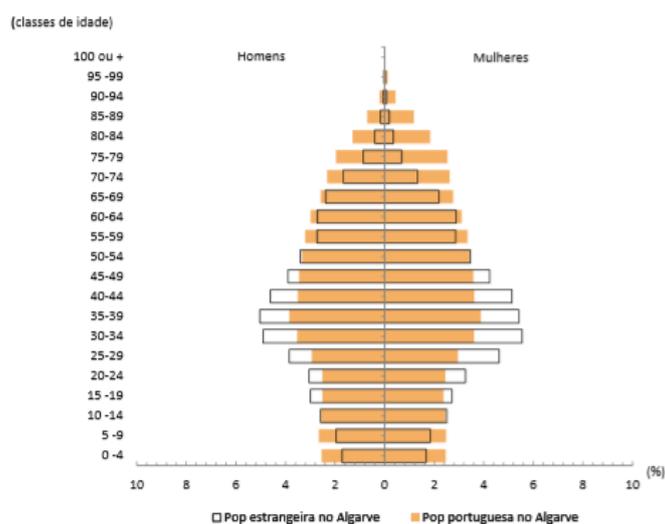
**Figura 4** Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011

Fonte: INE, 2012

De ressaltar que, na região do Algarve, verificou-se na última década um aumento da população estrangeira em relação ao total da população da região, maioritariamente comuni-

dades provenientes do Brasil, Reino Unido, Ucrânia e da Roménia, tendo os municípios de Aljezur, Albufeira e Lagos destaque neste crescimento. Esta alteração nas características da população leva a alteração da pirâmide etária da população (Figura 5).

**Figura 5** Estrutura etária da população estrangeira residente na região do Algarve, 2011



Fonte: INE, 2012

É visível na base da pirâmide que dos zero aos nove anos na população portuguesa existe maior número de pessoas do que na população estrangeira. Porém no que confere à população em idade ativa é a população estrangeira a residir no Algarve que atinge uma percentagem mais alta, de 77,3%. A população portuguesa que reside na região do Algarve é de 65,7%. Na população idosa também existem diferenças, sendo que a população idosa de nacionalidade estrangeira corresponde a 10,4% da totalidade dos estrangeiros que residem na região e na população portuguesa a percentagem de idosos a residir no Algarve é de 19,5. Ao longo dos anos tem-se verificado um decréscimo na Taxa Bruta de Natalidade, o que em muito tem contribuído para o envelhecimento populacional (INE, 2012).

Esta região tem ao dispor da população residente os três hospitais constituintes do Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA]: unidade de Faro, de Portimão e de Lagos. A nível de CSP respondem às necessidades da população os três Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES]: ACES Barlavento, ACES Central e ACES Sotavento, com as suas respetivas unidades funcionais constituintes (Figura 6).

**Figura 6** Agrupamentos de Centros de Saúde



Fonte: ARS Algarve, 2015

O **ACES Barlavento** é constituído pelas seguintes unidades: duas USF, sete UCSP, uma Unidade de Saúde Pública [USP], uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP], cinco Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC] e uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos [ECSCP] (Tabela 5).

**Tabela 5** ACES Barlavento

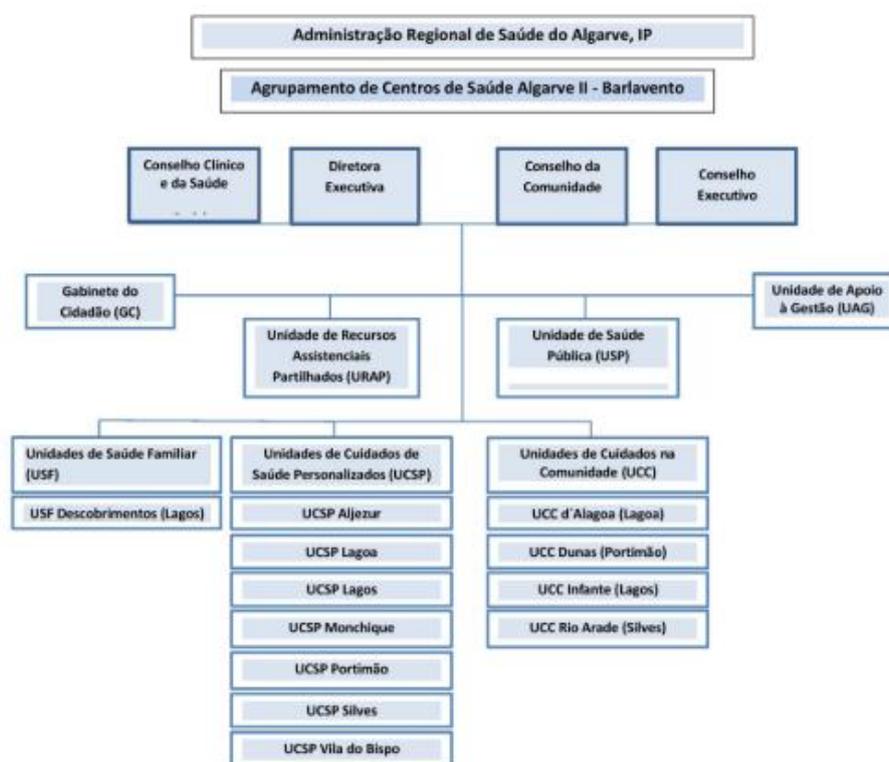
	Unidade	Local
<b>2 USF</b>	USF Atlântico Sul	Portimão
	USF Descobrimientos	Lagos
<b>7 UCSP</b>	UCSP Aljezur	Aljezur
	UCSP Lagoa	Lagoa
	UCSP Lagos	Lagos
	UCSP Monchique	Monchique
	UCSP Portimão	Portimão
	UCSP Silves	Silves
	UCSP Vila do Bispo	Vila do Bispo
<b>1 USP</b>	USP do ACES Algarve II - Barlavento	Portimão
<b>1 URAP</b>	URAP do ACES Algarve II - Barlavento	Portimão
<b>5 UCC</b>	UCC D'Alagoa	Lagoa
	UCC Dunas	Portimão
	UCC Infante (Integra os Centros de Saúde de Aljezur e Lagos)	Lagos
	UCC Rio Arade	Silves
	UCC Vicentina	Vila do Bispo
<b>1 ECSCP</b>	ECSCP do Barlavento	Lagoa

O ACES Barlavento procura uma melhoria dos cuidados prestados em todas as unidades de saúde que o constituem através do trabalho em equipa que assenta nos seguintes pilares, presentes no Relatório Anual Sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde:

- “Promover a equidade em saúde, para que todos os cidadãos possam atingir o seu potencial máximo em saúde, independentemente de circunstâncias económicas, sociais ou demográficas, facilitando-lhes o acesso a cuidados de saúde de qualidade, em função das respetivas necessidades clínicas;
- Atentar nos determinantes pessoais, sociais e ambientais da saúde, contribuindo para a promoção da saúde da comunidade e proporcionando uma resposta personalizada à condição de cada um;
- Assegurar cuidados de saúde de qualidade;
- Participar em atividades e formar para promover e apoiar mudanças comportamentais;
- Criar uma nova geração de equipas multiprofissionais;
- Centrar nos Utentes, processos assistenciais integrados;
- Fazer tudo não só para os Utentes, mas sobretudo com eles, ao abrigo de uma filosofia e estratégia de serviço de proximidade e humanização” (ARS Algarve, 2017, p. 5-6).

Para melhor visualização da constituição do ACES Barlavento em termos de unidades que o compõe, apresenta-se o seguinte organograma (Figura 7).

**Figura 7** Organograma ACES Algarve II – Algarve Barlavento



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt>

A População de Portimão tem ao seu dispor 3 unidades hospitalares públicas, constituintes do CHUA, a unidade hospitalar de Portimão, a de Lagos, e, caso necessário, a unidade hospitalar de Faro quando é necessária alguma especialidade que nenhuma das outras unidades possa dar resposta. Verificou-se um aumento das consultas de centro de saúde, mas também um aumento de habitantes por pessoal ao serviço nos centros de saúde (Tabela 6).

**Tabela 6** Quadro resumo do Município de Portimão 5

	2001			2011			2016		
	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal
<b>Hospitais</b>	2	8	217	± 3	± 9	± 226	Pro 3	Pro 10	Pro 225
<b>Centros de saúde</b>	1	16	392	1	16	388	-	-	-
<b>Consultas nos centros de saúde</b>	73.533	793.209	27.652.305	145.331	1.255.805	27.892.050	-	-	-
<b>Farmácias (Z)</b>	12	112	2.888	12	118	3.074	12	118	3.085
<b>Habitantes por pessoal ao serviço nos centros de saúde</b>	383,1	304,9	350,2	458,3	335,4	368,6	-	-	-

Fonte de dados: INE, APA/MA, BP, CGA/MTSSS, DGAL, DGEEC/MEd, DGEG/MEc, DGO/MF, DGPI/MJ, DGS/MS, ICA/SEC, IEFP/MTSSS, IGP, II/MTSSS, ISS/MTSSS, SEF/MAI, SGMAI, SIBS  
Fonte: PORDATA

Esta população tem ainda ao seu dispor, as unidades constituintes do ACES Barlavento II, sendo elas: a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão II, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão III, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão II – Polo da Mexilhoeira Grande, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão III – Polo de Alvor, Unidade de Saúde Familiar Atlântico Sul e Unidade de Cuidados Continuados Dunas. Estas unidades pretendem dar respostas às necessidades da comunidade, visando os ganhos em saúde e a satisfação dos utentes.

A missão das USF encontra-se definida no Decreto Lei n.º 298/2007, onde pode ler-se que “As USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.” (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, Diário da República, 2007, p.5589).

A USF onde foi realizado o projeto de intervenção comunitária pertence ao ACES Algarve II – Algarve Barlavento, iniciou a sua atividade em 2016. O seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 às 20 horas. Esta unidade funcional tem como campo de atuação as três freguesias constituintes do concelho de Portimão: Portimão, Alvor e Mexilhoeira Grande, correspondendo a uma área de cobertura de 181,6 Km<sup>2</sup>, com oscilação populacional urbana, piscatória e rural.

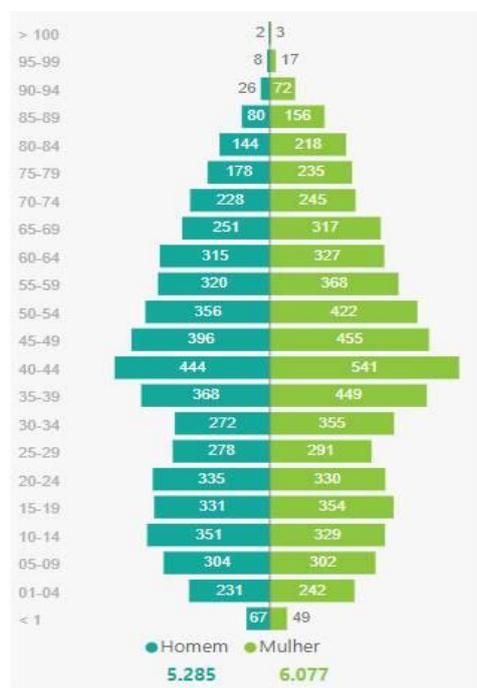
Esta USF está sediada no edifício do Centro de Saúde de Portimão – Modulo B, no primeiro piso. Constituída por duas salas de tratamentos, uma sala de planeamento familiar, seis gabinetes médicos, quatro gabinetes de enfermagem, um gabinete de vacinação e um cantinho da amamentação. É coordenada por um médico que, em conjunto com a enfermeira responsável, gerem esta unidade. A equipa multidisciplinar é constituída por seis médicos, seis enfermeiros e seis administrativas, articulados em seis equipas distintas constituídas por um elemento de cada grupo profissional referido. Apresenta um conselho técnico construído por um médico, uma enfermeira e uma administrativa.

A USF, no início de 2018, apresentava um total de 11387 utentes inscritos, sendo 5294 do género masculino e 6093 do género feminino, estando distribuídos na tabela seguinte por grupo etário (Tabela 7) e também na pirâmide etária (Figura 8), para permitir uma melhor visualização.

**Tabela 7** Grupos etários dos utentes inscritos na USF, segundo o Decreto Lei 298/2007

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 Anos	427	401	828	1.242,00
07 - 64 Anos	3.941	4.413	8.354	8.354,00
65 - 74 Anos	479	562	1.041	2.082,00
≥ 75 Anos	438	701	1.139	2.847,50

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt>

**Figura 8** Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt>

É visível a tendência de envelhecimento nos utentes inscritos, traduzindo-se numa pirâmide de base estreita relativamente ao centro da pirâmide, que é mais larga. Existem 1041 idosos inscritos na USF, dos quais 479 são homens e 562 são mulheres. O índice de dependência total dos utentes inscritos é de 55,49%, sendo de 25,66% e 29,83% o índice de dependência de jovens e idosos, respetivamente. A USF durante o ano de 2017 deu cobertura assistencial a um total de 6580 utentes inscritos, realizando 24 827 consultas programadas e 4330 consultas não presenciais.

Para dar resposta às necessidades da população inscrita e abranger as diversas faixas etárias da comunidade para as quais são direcionados os seus cuidados, a USF apresenta um vasto leque de programas. São estes, o Programa de Saúde Materna, Programa de Saúde Infantil e Juvenil, Programa de vigilância de HTA, Programa de Vigilância de DM, Programa de Rastreio Oncológico, Programa de Planeamento Familiar, Programa de Saúde do Adulto, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Vacinação, Programa de Visitação Domiciliária e Programa de Cuidados em Situação de Doença Aguda.

No plano de ação 2017-2019 da USF foram identificados quatro problemas e definidos objetivos indo de encontro às necessidades identificadas pelos profissionais de saúde, sendo

eles o cancro do colo do útero, mama e colo-retal; o acompanhamento adequado na vigilância do primeiro trimestre de gravidez; a taxa de cobertura vacinal e a DM (ARS Algarve, 2017).

Para além dos serviços de saúde disponíveis existem, também, diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social [IPSS], que dão apoio à comunidade nas mais variadas áreas de intervenção (Tabela 8).

**Tabela 8** IPSS do Município de Portimão

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>VALÊNCIA</b>
<b>Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]</b>	Apoio a vítimas de maus-tratos;
<b>Associação de Dadores de Sangue do Barlavento Algarvio</b>	Doação de Sangue
<b>Associação da Pessoa portadora de Esclerose Múltipla do Barlavento</b>	Apoio aos doentes e suas famílias
<b>Associação Guineenses e Amigos</b>	Apoio a emigrantes guineenses
<b>Associação de Deficientes Motor de Portimão</b>	Apoio na área da deficiência
<b>Associação Portuguesa para Perturbações do Desenvolvimento e Autismo</b>	Apoio a doentes com autismo e suas famílias
<b>Associação REMAR</b>	Inserção Social de toxicodependentes/população desfavorecida
<b>Associação Cultural Alvorense 1º Dezembro</b>	
<b>Associação Espírita de Portimão</b>	Inserção social de população desfavorecida
<b>Associação de Voluntários de Portimão</b>	Banco de Voluntários
<b>Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson – Delegação de Portimão</b>	Apoio a doentes de Parkinson/Centro de Convívio
<b>Associação Oncológica do Algarve</b>	Apoio a doentes oncológicos
<b>Associação Portuguesa de Veteranos de Guerra</b>	Apoio a veteranos de guerra
<b>Associação Cabo-verdiana no Algarve</b>	Apoio à população emigrante dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)
<b>Casa da Nossa Senhora da Conceição</b>	Inserção social de população desfavorecida
<b>Centro de Apoio a Idosos de Portimão</b>	Lar de Idosos/Apoio Domiciliário
<b>Centro Espírita da Boa Vontade</b>	Inserção social de população desfavorecida
<b>Centro de Apoio a População Emigrante de Leste e Amigos</b>	Apoio à População emigrante de Leste
<b>Cooperativa de Reeducação e Apoio à Criança Excepcional de Portimão [CRACEP]</b>	Intervenção na área da deficiência
<b>Centro de Reeducação médico- pedagógica [CREMP]</b>	Intervenção na área da deficiência
<b>Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo de Portimão</b>	Inserção social de população desfavorecida; Banco de vestuário
<b>Centro Paroquial da Mexilhoeira Grande</b>	Lar de Idosos, Atividades de Tempos Livres (ATL), Creche
<b>Fábrica da Igreja Paroquial de Portimão</b>	Inserção social de população desfavorecida
<b>Fábrica da Igreja da Quinta do Amparo</b>	Inserção social de população desfavorecida;

	Refeitório social
<b>Lar da Criança de Portimão</b>	Creche, Jardim de Infância e ATL
<b>Lar de Crianças Bom Samaritano</b>	Lar de acolhimento de crianças e jovens
<b>Lar Esperança</b>	Lar de Idosos Creche
<b>Grupo de Apoio a Toxicodependentes [GRATO]</b>	Apoio à população toxicodependente
<b>Movimento de Apoio à Problemática da SIDA [MAPS]</b>	Apoio à população com HIV e toxicodependência
<b>Santa Casa da Misericórdia de Portimão</b>	Creche, Jardim-de-infância, ATL, Lar de Idosos, Apoio Domiciliário
<b>Santa Casa da Misericórdia de Alvor</b>	Creche, Lar de Idosos, Centro de Convívio para a 3ª Idade
<b>Santa Casa da Misericórdia da Mexilhoeira Grande</b>	Lar de Idosos

Fonte de dados: <https://www.cm-portimao.pt/servicos-municipais/acao-social-e-saude/ipss> e Pori (s.d.)

O **município de Portimão**, situado no Barlavento Algarvio, é constituído por três freguesias, Portimão, Mexilhoeira Grande e Alvor, contemplando uma área de 182,1 Km<sup>2</sup>, sendo o município, a nível do Algarve, com uma das maiores densidades populacionais, sendo de 304,5 habitantes/Km<sup>2</sup> em 2016. A população de Portimão era, em 2016, de 55 446 habitantes, numa tendência crescente até 2011, porém com ligeiro decréscimo de 2011 para 2016. A percentagem de jovens sofreu um decréscimo de 2011 para 2016 ao contrário da percentagem de idosos que aumentou no mesmo período, indo de encontro à tendência de Portugal. Quanto à percentagem de população estrangeira residente, esta sofreu um acentuado decréscimo de 16,7 para 12,6, de 2011 para 2016, respetivamente (Tabela 9).

**Tabela 9** Quadro resumo do Município de Portimão 1

	2001			2011			2016		
	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal
<b>População residente</b>	45.212	397.040	10.362.722	55.460	448.722	10.557.560	55.446	441.699	10.325.452
<b>Superfície em km<sup>2</sup></b>	181,5	4.995,2	92.151,8	182,1	4.996,8	92.212,0	182,1	4.996,8	92.225,6
<b>Densidade populacional</b> número médio de indivíduos por km <sup>2</sup>	249,0	79,5	112,5	304,6	89,8	114,5	304,5	88,4	112,0
<b>Freguesias</b>	3	84	4.252	3	84	4.260	3	67	3.092
<b>Eleitores</b>	38.078	320.317	8.902.001	45.238	369.574	9.721.406	48.208	379.402	9.731.026
<b>Jovens (%)</b> menos de 15 anos	15,1	14,8	16,2	17,0	15,6	15,0	16,7	15,1	14,1
<b>População em idade activa (%)</b> 15 aos 64 anos	67,5	66,4	67,3	65,7	65,1	66,1	64,1	63,9	65,0
<b>Idosos (%)</b> 65 e mais anos	17,4	18,7	16,5	17,3	19,3	18,9	19,2	21,0	20,9
<b>Índice de envelhecimento</b> idosos por cada 100 jovens	114,8	126,3	101,6	102,2	123,2	125,8	115,2	139,3	148,7
<b>Indivíduos em idade activa por idoso</b>	3,9	3,5	4,1	3,8	3,4	3,5	3,3	3,0	3,1
<b>População estrangeira em % da população residente</b> (1)	-	-	-	16,7	15,4	4,1	12,6	14,3	3,8

Fonte de dados: INE, APA/MA, BP, CGA/MTSSS, DGAL, DGEEC/MEd, DGEG/MEc, DGO/MF, DGPJ/MJ, DGS/MS, ICA/SEC, IEP/MTSSS, IGP, II/MTSSS, ISS/MTSSS, SEF/MAI, SGMAI, SIBS  
Fonte: PORDATA

Em 2016 nasceram 547 crianças e registaram-se 642 óbitos no município de Portimão. No que confere à taxa de mortalidade infantil verificou-se um acentuado aumento de 2011 para 2016, passando de 1,5 para 3,7, sendo superior valor da taxa de mortalidade infantil em Portugal (Tabela 10).

**Tabela 10** Quadro resumo do Município de Portimão 2

	2011			2016			2016		
	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal
<b>Nascimentos</b> (2)	558	4.164	112.774	658	4.561	96.856	547	4.175	87.126
<b>Nascimentos fora do casamento (%)</b> (3)	40,3	41,6	23,8	54,6	58,3	42,8	60,5	66,5	52,8
<b>Óbitos</b>	504	4.554	105.092	545	4.619	102.848	642	5.224	110.573
<b>Taxa de mortalidade infantil (%)</b> óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade por cada 1000 nascimentos	3,6	4,3	5,0	1,5	2,6	3,1	3,7	2,6	3,2
<b>Saldo natural</b> diferença entre o total de nascimentos e o total de óbitos	54	-390	7.682	113	-58	-5.992	-95	-1.049	-23.447

Fonte de dados: INE, APA/MA, BP, CGA/MTSSS, DGAL, DGEEC/MEd, DGEG/MEc, DGO/MF, DGPJ/MJ, DGS/MS, ICA/SEC, IEP/MTSSS, IGP, II/MTSSS, ISS/MTSSS, SEF/MAI, SGMAI, SIBS  
Fonte: PORDATA

Quanto ao tipo de alojamento, verifica-se um aumento dos alojamentos familiares clássicos, diminuição dos alojamentos próprios e aumento dos alojamentos arrendados. O município de Portimão é um município com visível crescimento habitacional ao longo dos anos, também muito derivado ao turismo e ao arrendamento de habitações para férias (Tabela 11).

**Tabela 11** Quadro resumo do Município de Portimão 3

	2001			2011			2016		
	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal
<b>Alojamentos familiares clássicos</b>	32.604	321.934	5.357.900	Pre 47.061	Pre 379.249	Pre 5.879.099	Pre 47.548	Pre 382.619	Pre 5.932.697
<b>Alojamentos próprios (%) (2)</b>	73,3	75,7	75,7	69,3	70,6	73,2	-	-	-
<b>Alojamentos arrendados e outros casos (%) (2)</b>	26,7	24,3	24,3	30,7	29,4	26,8	-	-	-
<b>Edifícios de habitação familiar</b>	12.258	163.899	3.185.972	Pre 14.972	Pre 199.476	Pre 3.555.995	Pre 15.060	Pre 200.672	Pre 3.590.273
<b>Valores médios de avaliação bancária dos alojamentos (€/m<sup>2</sup>)</b>	-	-	-	1.372,0	1.423,0	1.121,0	-	-	-

Fonte de dados: INE, APA/MA, BP, CGA/MTSSS, DGAL, DGEEC/MEd, DGEG/MEc, DGO/MF, DGPI/MJ, DGS/MS, ICA/SEC, IEFP/MTSSS, IGP, II/MTSSS, ISS/MTSSS, SEF/MAI, SGMAI, SIBS  
Fonte: PORDATA

O grau de escolaridade é uma das formas de caracterizar uma população. Neste município, no ano de 2016, existiam 22 estabelecimentos de ensino de pré-escolar, 14 estabelecimentos de ensino do primeiro ciclo, 7 estabelecimentos de ensino do 2.º ciclo do ensino básico, 8 estabelecimentos de ensino do 3.º ciclo do ensino básico, 5 estabelecimentos do ensino secundário e 2 do ensino superior. De 2001 para 2011 verificou-se um aumento da população residente com 15 e mais anos com ensino secundário e ensino superior, com valores acima dos referentes a Portugal e ao Algarve. É visível uma redução do número de alunos do ensino superior de mais de metade, de 2011 para 2016, assim como também foi reduzido o número de docentes do ensino superior (Tabela 12).

**Tabela 12** Quadro resumo do Município de Portimão 3

	2001			2011			2016		
	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal
<b>População residente de 15 e mais anos, sem nível de escolaridade (%) (2)</b>	15,7	19,5	18,0	10,0	10,9	10,4	-	-	-
<b>População residente de 15 e mais anos, com ensino secundário (%) (2)</b>	15,4	14,3	13,3	18,4	18,3	15,7	-	-	-
<b>População residente de 15 e mais anos, com ensino superior (%) (2)</b>	7,5	6,5	7,6	13,6	12,2	13,8	-	-	-
<b>Estabelecimentos do ensino pré-escolar</b>	-	-	-	24	207	6.812	22	208	6.014
<b>Estabelecimentos do 1.º ciclo do ensino básico</b>	-	-	-	15	178	5.221	14	185	4.314
<b>Estabelecimentos do 2.º ciclo do ensino básico</b>	-	-	-	7	62	1.170	7	63	1.209
<b>Estabelecimentos do 3.º ciclo do ensino básico</b>	-	-	-	7	70	1.516	8	69	1.488
<b>Estabelecimentos do ensino secundário</b>	-	-	-	5	33	937	5	34	963
<b>Alunos do ensino não superior (4)</b>	9.670	71.321	-	11.365	81.349	1.925.956	10.727	72.705	1.689.290
<b>Docentes do ensino não superior (4)</b>	865	6.673	178.707	1.022	7.576	174.953	870	6.358	142.913
<b>Estabelecimentos do ensino superior</b>	4	11	310	2	12	300	2	12	284
<b>Alunos do ensino superior (4)</b>	1.097	11.328	387.703	1.430	10.896	396.268	614	7.893	356.399
<b>Docentes do ensino superior (5)</b>	82	1.131	35.740	146	1.138	37.078	94	957	33.180

Fonte de dados: INE, APA/MA, BP, CGA/MTSSS, DGAL, DGEEC/MEd, DGEG/MEc, DGO/MF, DGPI/MJ, DGS/MS, ICA/SEC, IEP/MTSSS, IGP, II/MTSSS, ISS/MTSSS, SEF/MAI, SGMAI, SIBS  
 Fonte: PORDATA

A taxa de emprego em 2011, segundo a PORDATA, é de 49% sendo a percentagem de empregados no setor primário, secundário e terciário de 1,3; 15,8 e 82,9 respetivamente. A taxa de desemprego no mesmo período é de 17,2%, com 3829 inscritos no centro de emprego. Em 2011 os reformados, aposentados e pensionistas da caixa geral de aposentações eram 2598 indivíduos e em 2016 aumentaram para 2879 indivíduos.

No que diz respeito à cultura, neste município, em 2016, segundo a PORDATA, verificaram-se 154 sessões de espetáculos ao vivo abrangendo um total de 65787 espetadores. O município possui um museu e oito ecrãs de cinema. As despesas da camara municipal em cultura e desporto tem vindo a sofrer um decréscimo ao longo dos anos, sendo de 14% em 2001, em 2011 de 9,7% e 2,3% em 2016, não acompanhando a tendência em Portugal cuja percentagem para esta área aumentou de 2011 para 2016. No Algarve houve um aumento desta percentagem de 2001 para 2011, verificando-se diminuição de 0,1% de 2011 para 2016, onde regista um valor de 9,3%. No que confere às despesas da camara municipal, verifica-se que as despesas aumentaram de 2011 para 2016. As receitas também aumentaram, porém numa

proporção inferior às despesas, constituindo assim um saldo financeiro, em 2016, de - 26008,7 milhares de euros (Tabela 13).

**Tabela 13** Quadro do resumo de do Município de Portimão 4

	2001			2011			2016		
	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal	Portimão (Município)	Algarve (NUTS III)	Portugal
<b>Despesas da Câmara Municipal</b> € milhares	-	-	-	43.219,0	439.491,6	7.076.029,4	74.206,3	477.584,5	6.681.417,7
<b>Receitas da Câmara Municipal</b> € milhares	-	-	-	45.521,2	450.698,0	7.282.891,6	48.197,6	530.026,4	7.323.667,5
<b>Saldo financeiro da Câmara Municipal</b> € milhares	-	-	-	2.302,3	11.206,5	207.862,2	-26.008,7	52.440,9	662.249,8
<b>Receitas fiscais da Câmara Municipal (%)</b>	-	-	-	54,0	42,9	30,9	70,3	52,1	38,0
<b>Receitas da Câmara Municipal com IMI por habitante (€)</b> <small>IMI = Imposto Municipal sobre Imóveis</small>	-	-	-	281,6	257,9	110,6	438,6	350,3	144,1
<b>Transferências recebidas no total das receitas da Câmara Municipal (%)</b>	-	-	-	23,0	30,8	50,3	18,2	23,7	40,7

Fonte de dados: INE, APA/MA, BP, CGA/MTSSS, DGAL, DGEEC/MEd, DGEG/Mec, DGO/MF, DGPI/MJ, DGS/MS, ICA/SEC, IEF/MTSSS, IGP, II/MTSSS, ISS/MTSSS, SEF/MAI, SGMAI, SIBSFon-  
te: PORDATA

Em 2016, segundo a PORDATA, cada habitante consumiu 4181,7 kWh de energia elétrica e foram recolhidos seletivamente 256,3 Kg resíduos urbanos por habitante.

### 3.2. Identificação de Problemas e Necessidades

Após uma caracterização da USF e da região em que esta está inserida, dá-se continuidade ao estudo da população abrangida nesta área permitindo realizar um diagnóstico de saúde. Para tal, realizou-se pesquisa plataforma *Mim@uf* da USF permitindo uma caracterização mais abrangente desta população alvo visando os objetivos do Plano Nacional de Saúde extensão 2020, Plano de Local de Saúde Barlavento Algarve 2017 – 2020 e o plano de ação para o triénio 2017 – 2020 da USF. Foi entregue na USF um requerimento para autorização de pesquisa nas plataformas e bases de dados disponíveis nesta unidade. De ressaltar que esta pesquisa foi realizada após parecer positivo por parte dos responsáveis da instituição para que pudesse consultar os diversos documentos e utilizar as plataformas da instituição.

Algumas das metas estabelecidas no PNS são a redução da mortalidade prematura (igual ou inferior a 70 anos), para um valor inferior a 20% e aumentar a esperança média de vida saudável aos 65 anos em 30%. Para tal, foram estabelecidos os seguintes indicadores:

- Redução anual da mortalidade prematura até 2020 - Percentagem de óbitos até aos 70 anos, relativamente ao total de óbitos;
- Aumento em pelo menos 30% do número de anos de vida saudável, para homens e mulheres - Esperança de vida saudável aos 65 anos (DGS, 2015).

Preconiza-se a aposta numa vida saudável através de práticas de vida saudáveis e de uma vigilância dos fatores de risco permitindo reduzir não só a mortalidade precoce bem como a morbilidade associada a doenças crónicas que afetam a população da região (Tabela 14).

**Tabela 14** Indicadores de morbilidade (%) na área do ACES Barlavento, na Região Algarve e no Continente Português, em 2015, e respetivas tendências para 2020 (DGS), quando disponíveis

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Continente/Portugal			ARS Algarve			ACeS Barlavento			2020 DGS
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	
HTA (K86 ou K87)	22,2 36,0 <sup>(1)</sup>	20,2 ND	24,0 ND	18,7 32,6 <sup>(1)</sup>	17,1 ND	20,1 ND	19,4 ND	17,7 ND	21,0 ND	↓
Alterações do metabolismo dos lípidos (T93)	22,3	21,7	22,9	14,6	13,4	15,8	15,9	14,2	17,5	ND
Pert. depressivas (P76)	10,6	4,4	16,1	6,6	2,9	10,0	7,0	3,2	10,5	↓
Diabetes (T89 ou T90)	9,8 <sup>(1)</sup> 7,9	12,1 <sup>(1)</sup> 8,3	7,7 <sup>(1)</sup> 7,6	7,7 <sup>(1)</sup> 6,5	7,1	6,0	6,8	7,3	6,3	↓
Doenças dos dentes e gengivas <sup>(7 MHOX)</sup> (D82)	4,8	7,0	7,1	5,3	5,1	5,4	4,8	5,1	4,4	ND
Obesidade (T82)	28,7 <sup>(1)</sup> 7,8	24,9 <sup>(1)</sup> 6,5	32,1 <sup>(1)</sup> 9,0	23,2 <sup>(1)</sup> 3,2	2,7	3,7	2,8	2,2	3,3	ND
<sup>(7 MHOX)</sup> (COSI)	13,9 <sub>PT</sub>	ND	ND	15,2	ND	ND	ND	ND	ND	↓
Excesso de peso	38,9 <sup>(1)</sup>	46,4 <sup>(1)</sup>	33,1 <sup>(1)</sup>	37,2 <sup>(1)</sup>	ND	ND	ND	ND	ND	↓
<sup>(7 MHOX)</sup> (COSI)	31,6 <sub>PT</sub>	ND	ND	30,0	ND	ND	ND	ND	ND	↓

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: SIARS; INSEF-INSA); COSI Portugal, INSA, 2013

ACeS = Agrupamento de Centros de Saúde; COSI = *Childhood Obesity Surveillance Initiative*; H = homens; HTA = hipertensão arterial; HM = homens e mulheres; ICPC-2 = Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, versão 2; INSA = Instituto Nacional de Saúde; M = mulheres; OMS = Organização Mundial de Saúde; PT = Portugal

<sup>(1)</sup> Dados retirados do INSEF-INSA, para a população entre os 25-74 anos de idade, Portugal

Fonte: (Agostinho, 2017)

Relativamente à morbilidade/determinante de saúde medidos pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo no sistema informático *SClínico*, a DM está entre os indicadores com percentagem mais elevada. Verifica-se na tabela acima que no ACES Barlavento a percentagem do indicador de morbilidade diabetes é de 6,8% (homens e mulheres), sendo de 6,3 para as mulheres e de 7,3 para os homens, superior à percentagem deste mesmo indicador da ARS algarve e ligeiramente inferior à percentagem de Portugal (Agostinho, 2017).

No que confere ao registo de internamento no CHUA em 2016 de utentes residentes no Barlavento por doença mental, DM, obesidade, HTA e doenças dos dentes e das gengivas, verifica-se que a HTA regista o maior número de episódios, 6263, e é a causa com mais dias de

internamento, 55846. A DM regista o segundo maior número de episódios, com 4416 episódios, e também é a segunda causa com mais dias de internamento 37156 total de dias de internamento (Tabela 15).

**Tabela 15** Episódios, dias de internamento e n.º médio de dias de internamento de utentes residentes no Barlavento, respetivamente por Doença Mental, Diabetes mellitus, Obesidade, Hipertensão arterial e Doenças dos Dentes e das Gengivas, registados

	Doença Mental		Diabetes mellitus	Obesidade	HTA	Doenças dos dentes e das gengivas
	Perturbações Depressivas	Doença Psicótica				
N.º de episódios	878	786	4.416	753	6.263	47
Total de dias de internamento	8.840	12.918	37.156	5.918	55.846	360
N.º médio de dias de internamento por episódio	10	16	8,4	7,9	9	7,7

Fonte: CHUA, E.P.E.; DSPP – ARS Algarve, I.P.

CHUA = Centro Hospitalar Universitário do Algarve; DSPP = Departamento de Saúde Pública e Planeamento; HTA = Hipertensão arterial

Fonte: (Agostinho, 2017)

Após as estratégias utilizadas de priorização dos principais problemas de saúde definida em conjunto com as entidades e as parcerias envolvidas, a DM foi, então, considerada uma área prioritária de intervenção no ACES Barlavento, ficando em segundo lugar nesta tabela de priorização (Tabela 16).

**Tabela 16** Priorização dos principais Problemas de Saúde do ACES Barlavento, definida em conjunto com as entidades parceiras envolvidas

Problema de Saúde	Ronda 1 (nº de votos)	Ronda 2 (nº de votos)	Priorização
Doença mental	40	38	1
Diabetes mellitus	32	33	2
Excesso de peso	33	24	3
Doenças cérebro-vasculares	31	22	4
Doenças dos dentes e das gengivas	23	21	5
Sedentarismo	23	20	
Consumo de tabaco	30	17	
Abuso crónico de álcool	31	16	
Doença isquémica cardíaca	22	16	
Consumo de substâncias ilícitas	22	15	
Hipertensão arterial	22	13	

Fonte: Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento

ACeS = Agrupamento de Centros de Saúde

Fonte: (Agostinho, 2017)

Apesar dos valores elevados apresentados onde constam os dias e números de internamentos segundo as causas do mesmo, a HTA, não constou nesta lista de cinco prioridades estabelecida pelo ACES Barlavento. Um dos objetivos estabelecidos no Plano Local de Saúde Barlavento Algarve 2017 – 2020 é reduzir as complicações graves da DM (Agostinho, 2017).

Face ao problema Major DM, identificado não só no ACES Barlavento, mas especificamente no concelho de Portimão, torna-se importante recorrer à base de dados da USF, o *Mim@uf*, para consultar os indicadores sobre esta problemática que traduzem a realidade dos utentes desta unidade funcional. A USF em dezembro de 2017 tinha 601 utentes diabéticos inscritos, nas diferentes equipas multidisciplinares. Relativamente ao ano de 2017, em jeito de análise retrospectiva, verifica-se que os indicadores estabelecidos para a DM, na generalidade, tiveram tendência a aumentar significativamente. Contudo, este facto deve-se também ao início de funções da USF datar de dezembro de 2016, condicionando os resultados iniciais obtidos que se referem, em alguns indicadores, a uma análise de um ano anterior à avaliação feita. Deste modo, consideram-se mais fidedignos os valores atingidos a partir do meio do ano de 2017 (Tabela 17).

**Tabela 17** Indicadores DM USF– 2017 – em percentagem

INDICADOR	Junho 2017	Novembro 2017	Dezembro 2017
Proporção de utentes diabéticos com exame aos pés no último ano	40,696	55	57,404
Proporção de utentes diabéticos com consulta de enfermagem de vigilância de DM no último ano	59,130	72,500	73,544
Proporção de utentes diabéticos com um HgbA1c por semestre	6,494	47,3685	52,743
Proporção de utentes diabéticos com última HgbA1c igual ou inferior a 8,0%	56,348	50,500	57,571
Proporção de utentes diabéticos com idade inferior a 65 anos com HgbA1 igual ou inferior a 6,5 %	19,431	16,216	19,283
Proporção de utentes diabéticos com microalbuminémia no último ano	36,261	42,167	44,592

Proporção de utentes diabéticos tipo 2 com indicação para insulino-terapia, em terapia adequada	42,857	61,538	66,667
---	--------	--------	--------

Fonte: *Mim@uf*

Perante os dados obtidos, torna-se pertinente perceber a perspetiva dos enfermeiros que desempenham funções nesta USF a fim de proceder a priorização dos problemas e programas existentes. Assim, foi realizado um questionário que foi entregue a esses profissionais para posterior análise dos mesmos (Apêndice VII).

### 3.2.1. Análise dos questionários

Os seis enfermeiros constituintes da equipa multidisciplinar da USF, disponibilizaram-se para responder aos questionários, após aprovação dos mesmos pela enfermeira responsável da instituição e da coordenadora da mesma.

Após preencher o questionário referente aos programas existentes na instituição conferindo-lhe um grau de prioridade de um a cinco, sendo um entendido como não prioritário e cinco como muito prioritário, obtiveram-se o seguinte *score* através da soma das prioridades atribuídas por cada enfermeiro a cada um dos programas estabelecidos (Tabela 18).

**Tabela 18** Score das prioridades atribuídas aos programas da USF

Programa	Score obtido
Programa de Saúde Materna	26
Programa de Vigilância de HTA	24
<b>Programa de Vigilância de DM</b>	<b>28</b>
Programa de Rastreio Oncológico	18
Programa de Planeamento Familiar	19
Programa de Saúde no Adulto	16
Programa de Saúde no Idoso	17
Programa de Vacinação	25
Programa de Visitação Domiciliária	23
Programa de Cuidados em Situação de Doença Aguda	18
Programa de saúde Infantil e Juvenil	24

Pode observar-se que os 5 programas considerados mais prioritários são, por ordem decrescente, o Programa de Vigilância da DM, Programa de Saúde Materna, Programa de Va-

cinação e Programa de Vigilância de HTA com o mesmo *score* que o Programa de Saúde Infantil e Juvenil.

No que confere aos problemas identificados no Plano de Ação 2017-2019 da instituição, fez-se a mesma abordagem utilizada na questão anterior e obtiveram-se os seguintes *scores* (Tabela 19).

**Tabela 19** Score das prioridades atribuídas aos problemas identificados no Plano de Ação 2017-2019 da USF

Problema	Score obtido
Cancro do colo do útero, cancro da mama e cancro colo-retal	21
Acompanhamento adequado na vigilância do primeiro trimestre de gravidez	25
Taxa de cobertura vacinal	26
<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>28</b>

A DM foi o problema, dos anteriormente identificados no Plano de Ação 2017-2019 desta instituição, que atingiu o *score* mais elevado, 28. Seguiram-se, por ordem decrescente, a Taxa de cobertura Vacinal, o Acompanhamento adequado na vigilância do primeiro trimestre de gravidez e o Cancro do colo do útero, cancro da mama e cancro colo-retal.

Foram colocadas, ainda, duas questões abertas em que os enfermeiros poderiam referir áreas consideradas prioritárias, porém só um enfermeiro respondeu à primeira questão referindo ser a DM e ressaltando a importância da literacia em saúde neste contexto. A segunda questão aberta refere-se às limitações sentidas pelos profissionais referentes aos programas e projetos já existentes, cuja resposta foi dada apenas por dois enfermeiros referindo o rácio enfermeiro/utente não adequado devido ao excesso de utentes e a falta de horas de viatura disponíveis para domicílios.

O resultado obtido neste questionário foi de encontro à caracterização feita anteriormente que foca a DM como um problema atual e cuja atuação nesta área é considerada prioritária pelos profissionais de saúde evidente na priorização feita pelos enfermeiros da instituição. Desta forma consegui validar junto com os enfermeiros da USF aquela que era já conside-

rada uma área prioritária a nível do Barlavento Algarvio, mas que se conclui que é também uma preocupação dos enfermeiros desta instituição.

## 4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Esta etapa de planeamento consiste numa decisão realizada através da priorização de problemas, selecionando o que deve ser solucionado em primeiro lugar. Recorre-se ao uso de critérios e devendo-se tornar esta etapa, dentro da sua subjetividade, o mais objetiva possível. Para tal é fundamental verificar a pertinência do plano, recursos disponíveis e otimizar os resultados a atingir, mediante a implementação do projeto. Para minorizar a subjetividade, deve recorrer-se à técnica de grupo nominal, ao painel de Delphi ou a outra técnica de obtenção de consenso de grupo (Tavares, 1990).

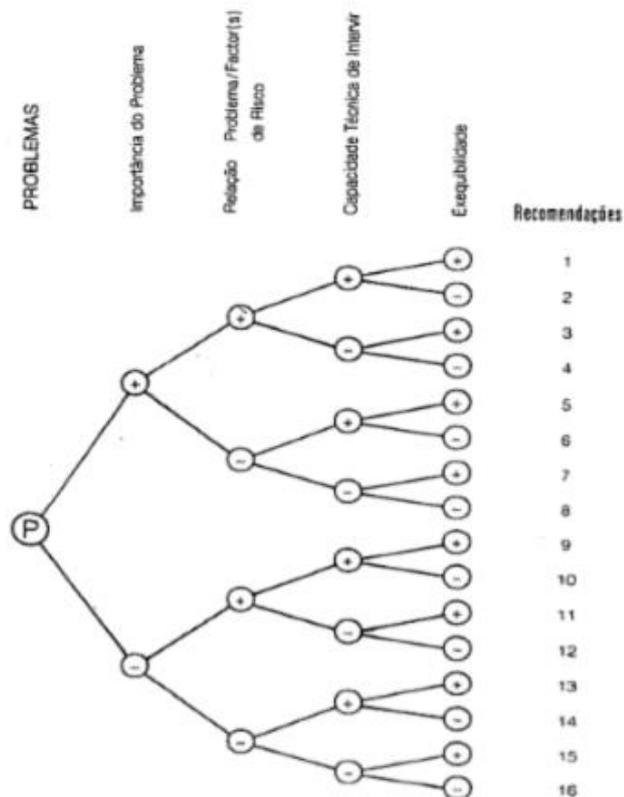
Segundo Imperatori & Giraldes (1982) existem três critérios clássicos para definição e ponderação das prioridades a magnitude, que caracteriza o problema pela sua dimensão; a transcendência, que valoriza as mortes por grupos etários; e a vulnerabilidade, que corresponde à possibilidade de prevenção.

Contudo, outros critérios tem vindo a ser utilizados, tais como o maior ou menor conhecimento entre o problema e os fatores de risco, a pertinência da implementação de um projeto, a sua exequibilidade, a disponibilidade de recursos (Tavares, 1990).

### 4.1. Grelha de Análise

Esta técnica permite estabelecer prioridades utilizando critérios definidos por sendo eles a importância do problema, relação entre o problema e o fator de risco, capacidade técnica de resolver o problema, exequibilidade do projeto ou intervenção. Ao utilizar a grelha de análise (Figura 9) atribui-se a classificação mais (+) ou menos (-) a cada um dos critérios estabelecidos. No final, obtém-se um valor de prioridade, já estabelecido na grelha de análise, em que o valor 1 corresponde à máxima prioridade atribuída (Tavares, 1990).

Figura 9 Grelha de Análise para determinação de prioridades



Fonte: Tavares (1990, p. 89)

Face ao problema major da DM e inserido no programa de vigilância da DM, preconizou-se atuar no autocuidado da pessoa diabética, melhorando a sua gestão da doença e diminuindo a morbidade associada a esta patologia. Assim foi aplicada a grelha de análise ao problema identificado para realmente validar a sua pertinência, atingindo uma prioridade 3 (Tabela 20).

Tabela 20 Aplicação da Grelha de Análise do Problema

<b>Problema: Utentes da USF diagnosticados com DM</b>	
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	+
<b>PRIORIDADE</b>	<b>3</b>

Quanto à importância do problema foi considerado mais (+), verificando-se após todos os dados referidos, não só os dados estatísticos e indicadores como também tendo em conta que se trata de um problema identificado pelos enfermeiros da instituição, que se trata de um problema dos utentes da USF. Em relação ao problema e os fatores de risco foi considerado mais (+) porque os fatores de risco são reconhecidos em literatura com base científica. A capacidade técnica de resolver o problema foi considerada menos (-) porque alguns dos fatores de risco são não modificáveis (como a hereditariedade ou patologia de base), podendo ser de difícil controlo e os modificáveis que incluem a alteração de hábitos para aquisição de estilos de vida saudáveis, em grupos etários de adultos/idosos torna-se muitas vezes difícil modificar hábitos já intrínsecos a um quotidiano que são resistentes em modificar. À exequibilidade do projeto ou intervenção foi atribuído mais (+) por ser considerado possível a sua execução com recursos disponíveis para tal. Esta população alvo de utentes da USF diagnosticados com DM constitui um grupo de adultos e idosos e, existindo nesta instituição programas de saúde que vão de encontro a este grupo, assim como recursos físicos, humanos e económicos disponíveis para a execução do projeto, considera-se este projeto exequível.

## 5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

Imperator & Giraldes (1982, p.45) define objetivo como: “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.”, considerando esta etapa fundamental no processo de planeamento.

### 5.1. População Alvo

Após identificação da área de intervenção, num universo de 605 utentes diabéticos tipo 2 da USF, a amostra inicial foi constituída pelos 121 utentes diabéticos tipo 2 pertencentes a uma equipa da instituição, à qual, por questões de confidencialidade se atribui a designação de equipa X. A amostra da população-alvo foi definida através da pesquisa na plataforma *Mim@uf*, pesquisa esta que foi devidamente autorizada pela instituição.

Posteriormente foi feita uma seleção da amostra, excluindo os utentes institucionalizados, utentes com idade superior a 90 anos de idade e inferior a 40 e utentes com grau de dependência mais elevado. Após esta triagem, a amostra final foi constituída por 79 utentes, sendo portanto esse o número de convocados para as sessões de educação para a saúde (Apêndice VIII). Foi confirmada a presença via telefone de 32 utentes.

## 5.2. Definição de Objetivos

Imperatori & Giraldes (1982, p. 45) definem objetivo como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzindo-se em termos de indicadores em de resultado ou de impacto.”

Assim, com a finalidade de contribuir para a minimização da problemática da DM tipo 2 nos utentes da equipa X da USF, intervindo sob uma abordagem de educação para a saúde e capacitação destes utentes para o autocuidado, formulou-se o seguinte objetivo geral:

- Capacitar para o autocuidado os utentes diabéticos tipo 2 da equipa X da USF.

Definiram-se, também, os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a problemática da adesão ao autocuidado por parte dos utentes da equipa X da USF;
- Melhorar os conhecimentos dos utentes da equipa X da USF face ao autocuidado na DM tipo 2.

## 5.3. Seleção de Estratégias

Define-se estratégia de saúde como um conjunto organizado de técnicas específicas que tendem a minorar um ou mais problemas de saúde identificados. Esta etapa permite definir novas formas de atuação indo de encontro aos objetivos traçados (Imperatori & Giraldes, 1982).

A primeira estratégia definida foi a integração no programa de Programa de Vigilância de DM. Os utentes da equipa X da USF usufruem da consulta médica e de enfermagem direci-

onada para a DM uma vez por semana, consoante a marcação realizada. Esta consulta esta parametrizada no *SClinico*, procedendo-se à avaliação da glicémia capilar, da HbA1c, da tensão arterial, do peso, do perímetro abdominal e é realizada observação aos pés. Esta observação consiste na avaliação da pele verificando a sua coloração, presença de fissuras, calosidades ou qualquer outra alteração cutânea, é feito um teste de sensibilidade com a utilização do monofilamento e verificação do pulso arterial tibial posterior e pedioso dorsal. O ensino feito ao utente diabético decorre, também, neste momento de consulta que, em média, tem a duração total de 30 minutos.

Outra estratégia utilizada foi a participação noutros programas da equipa X desta instituição. Assim, obteve-se o contato com outros utentes diabéticos, cuja consulta vigilância de DM não foi possível assistir. Permitiu também o desenvolvimento de competência em diversas áreas de intervenção comunitária como vacinação, consulta do idoso ou planeamento familiar, facilitando a minha integração na comunidade desta instituição.

A educação para a saúde foi uma das estratégias delineadas, indo de encontro ao preconizado por Nola Pender no seu modelo de promoção de saúde, investindo na capacitação da pessoa diabética como ator fundamental no processo de promoção da saúde.

## **6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO**

### **6.1. Seleção das Intervenções**

De seguida são apresentadas as intervenções que foram definidas de acordo com os objetivos estabelecidos para este projeto. Para melhor visualização e para uma melhor perspectiva temporal e de desenvolvimento deste projeto de intervenção, foi realizado um cronograma de atividades (Apêndice IX).

- Aprofundar o conhecimento da população alvo,
- Pedido de autorização aos autores do instrumento de avaliação,
- Pedido de autorização à Comissão de ética da ARS Algarve,
- Preparação das sessões de educação para a saúde,
- Marcação do auditório da Biblioteca Municipal para a realização das sessões,
- Realização do material de suporte para as sessões,
- Aplicação do instrumento de avaliação e realização das Sessões de educação para a saúde,
- Realização de material de suporte para a USF,
- Avaliação do projeto,
- Reunião com os profissionais da USF para a avaliação do projeto.

### **6.2. Previsão de Recursos**

O facto de um projeto de se realizar numa instituição de saúde, sem recurso financeiro exterior, não significa que este não tenha um custo. Todos os recursos, sejam eles físicos, humanos ou financeiros, deverão ser estimados no início do projeto a fim de prever a sua exe-

quibilidade. Pressupõe-se que qualquer projeto exista uma equipa de trabalho, equipamento, estrutura administrativa e apoio logístico (Tavares, 1990).

A tabela seguinte discrimina os recursos necessários para a realização deste projeto (Tabela 21).

**Tabela 21** Recursos necessários para a implementação do projeto

<b>Recursos Humanos</b>	Investigadora, Enfermeira e utentes da equipa X da USF.
<b>Recursos Físicos</b>	Auditório da Biblioteca Municipal.
<b>Recursos Materiais</b>	Fotocópias/ impressão (consentimento informado e instrumento de avaliação), Papel de impressão colorido (para a realização de pequeno livro de receitas saudáveis para oferta no final da sessão), Canetas (para preenchimento do instrumento de avaliação), Lanche para o final da sessão, Termo de capacidade de 1,5 litros com doseador, Meios audiovisuais: Computador (fornecido pela Biblioteca Municipal de Portimão) e <i>Pen drive</i> .
<b>Recursos Financeiros</b>	79 Envelopes com janela – $0,0476 \times 79 = 3,80$ euro 79 selos – $0,53 \times 79 = 41,87$ euro 32 canetas – 1,5 euro Papel de impressão colorido – 1 euro Fotocópias – 6,35 euro Fio dourado em rolo – 1 euro Molas de madeira pequenas – 1 euro Compras para o lanche: 3 Bananas – 0,86 euro Flocos de Aveia – 0,89 euro Copos de plástico - 0,90 euro Chá de camomila - 0,69 euro  <b>TOTAL – 59.86 euros</b>

### **6.3. Sessões de Educação para a Saúde**

As sessões de educação para a saúde foram preconizadas, não só para aumentar o conhecimento da pessoa diabética acerca da sua própria doença e do autocuidado, como também para avaliar a adesão dos utentes da USF a este tipo de atividades.

Foram realizadas três sessões de educação para a saúde onde o ambiente informal e a partilha de experiências entre utentes foi privilegiada.

A informação foi transmitida oralmente com apoio de projetor e do programa informático *Microsoft powerpoint*.

As sessões foram reproduzidas para diferentes grupos, em diferentes horários, consoante a disponibilidade demonstrada.

Os temas abordados foram a alimentação, Atividade física, Monitorização da glicémia capilar, Cuidados com os pés, Medicação e Hábitos saudáveis, cujo plano de sessão está disponível em apêndice (Apêndice X).

No final foi oferecido um mini livro de receitas saudáveis e um lanche com biscoitos de aveia e banana cuja receita estava disponível no próprio livro (Apêndice X). Este momento de convívio permitiu a partilha de conhecimentos apreendidos, esclarecimento de dúvidas que surgiram após o término da sessão de educação para a saúde e que ainda não tinham sido colocadas, e, principalmente a manifestação dos intervenientes em que estas atividades se continuassem a desenvolver no âmbito da comunidade, pois permite maior proximidade junto dos utentes.

#### **6.4. Aplicação da Escala de Atividades do Autocuidado e Resultados Obtidos**

A aplicação da escala do Autocuidado permite expressar a adesão do participante a determinado comportamento definido. Esta é constituída por 7 domínios distintos, a Alimentação Geral, Alimentação Específica, Atividade Física, Monitorização da Glicémia, Cuidados com os Pés, Medicamentos e Hábitos Tabágicos. Cada um destes domínios é constituído por questões relacionadas com o mesmo. A resposta dada refere-se ao número de dias, de entre os últimos sete dias, em que foi realizado determinado comportamento. Exclui-se a semana prévia caso o participante tenha estado doente nesse período, correspondendo então, a resposta, aos sete dias anteriores a esse estado de doença.

A amostra é constituída por 32 participantes aos quais foi aplicado o instrumento de avaliação, sendo 18 são do género masculino e 14 do género feminino, com uma média de idade de 68 anos (média 68,656). Após a leitura do consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação e posterior assinatura do participante para validá-lo, foi preenchido o instrumento de avaliação de forma assistida com apoio e projeção do programa *Microsoft PowerPoint*.

Para facilitar análise dos resultados obtidos foi elaborada uma tabela de recolha de dados. Na coluna da esquerda é apresentado o valor absoluto (N) correspondente a cada uma das respostas dadas e, na coluna da direita, é apresentada a média (%) correspondente a essas mesmas questões, arredondada às decimas (Tabela 22).

**Tabela 22** Tabela de Recolha de Dados do Instrumento de Avaliação

Tipos de autocuidado	Frequência Absoluta (N)/%															
	Número de dias por semana/%															
	0	1	2	3	4	5	6	7								
<b>Alimentação Geral</b>																
Alimentação saudável	2	6,3	0	0	0	0	4	12,5	4	12,5	8	25	2	6,3	12	37,5
Alimentação recomendada	1	3,1	0	0	0	0	4	12,5	3	9,4	12	37,5	3	9,4	9	28,1
Vegetais e fruta	0	0	1	3,1	4	12,5	3	9,4	3	9,4	3	9,4	6	18,8	12	37,5
<b>Alimentação Específica</b>																
Carnes vermelhas	9	28,1	3	9,4	3	9,4	5	15,6	2	6,3	6	18,8	2	6,3	2	6,3
Pão às refeições	6	18,8	0	0	2	6,3	4	12,5	5	15,6	4	12,5	2	6,3	9	28,1
Diversas fontes de hidratos de carbono na mesma refeição	2	6,3	2	6,3	6	18,8	10	31,2	4	12,5	4	12,5	0	0	4	12,5
Álcool às refeições	25	78,1	2	6,3	0	0	1	3,1	2	6,3	1	3,1	0	0	1	3,1
Álcool fora das refeições	29	90,6	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9,4	0	0	0	0
Consumo de doces	4	12,5	5	15,6	7	21,9	5	15,6	4	12,5	5	15,6	0	0	2	6,3
<b>Atividade Física</b>																
Atividade contínua	17	53,1	0	0	6	18,8	4	12,5	0	0	1	3,1	1	3,1	3	9,4
Exercício específico	28	87,5	0	0	2	6,3	1	3,1	0	0	1	3,1	0	3,1	0	0
<b>Monitorização da Glicémia</b>																
Avaliação da glicémia	3	9,4	1	3,1	4	12,5	7	21,9	1	3,1	3	9,4	0	0	13	40,6
Monitorização recomendada	1	3,1	2	6,3	3	9,4	4	12,5	2	6,3	0	0	0	0	20	62,5
<b>Cuidados com os pés</b>																
Examinar os pés	2	6,3	0	0	1	3,1	5	15,6	1	3,1	1	3,1	3	9,4	19	59,4
Lavar os pés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6,3	1	3,1	29	90,6
Secar os pés	1	3,1	0	0	0	0	0	0	1	3,1	2	6,3	2	6,3	26	81,3
<b>Medicamentos</b>																
Medicação recomendada	1	3,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	90,6
Insulina	6	18,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	21,9
ADO	4	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	34,4
<b>Hábitos tabágicos</b>																
Fumou?	Nenhum dos participantes referiu ter fumado nos últimos sete dias															
Quantos cigarros?																
Consumo do último cigarro	Nunca fumou – 31 participantes Há mais de dois anos atrás – 1 participante Um a dois anos atrás – 0 participantes Quatro a doze meses atrás – 0 participantes Um a três meses atrás – 0 participantes No último mês – 0 participantes Hoje – 0 participantes															

O primeiro domínio refere-se a Alimentação Geral e é constituído por três questões. A primeira refere-se a quantos dos últimos sete dias o participante seguiu uma alimentação saudável. Nesta questão, 12 participantes, 37,5%, referem ter tido uma alimentação saudável em todos os sete dias. 25% (N=8) referem ter tido uma alimentação saudável em cinco dos sete dias e dois (N=2) participantes referem não terem seguido uma alimentação saudável em nenhum dos dias. Na segunda questão, em quantos dos sete dias seguiu um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde, 28,7% (N=9) referem ter seguido um plano alimentar nos últimos sete dias, 37,5% (N=12) referem ter seguido um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde nos últimos cinco dias, apenas 1 participante refere não ter seguido um único dia de plano alimentar recomendado por um profissional de saúde. A terceira questão refere-se em quantos dias, dos últimos sete dias, comeu cinco ou mais peças de

fruta e/ou doses de vegetais, incluindo os da sopa, 37,5% (N=12) referiram que ingeriram cinco ou mais peças de fruta nos últimos sete dias, 18,8% (N=6) nos últimos seis dias, 9,4%(N=3) nos últimos cinco, quatro e três dias, 12,5% (N=4) nos últimos dois dias, 3,1% (N=1) em apenas um dia dos últimos sete.

O segundo domínio desta escala refere-se à Alimentação Específica e é constituído por seis questões. A primeira refere-se a quantos dos últimos sete dias se ingeriu carnes vermelhas. Nove participantes (N=9), nesta questão, responderam que em nenhum dos dias ingeriram carnes vermelhas, correspondendo a 28,1% e dois participantes (N=2) responderam que consumiram carnes vermelhas nos sete dias, correspondendo a 6,3% das respostas e seis dos participantes (N=6) responderam que consumiram carnes vermelhas em cinco dias dos últimos sete, correspondendo a 18,8%. Na segunda questão nove participantes (28,1%) responderam que nos sete dias comeram pão acompanhando a refeição, seis (18,8%) referem que não ingeriram pão em nenhum dos sete dias, quatro participantes referem ter ingerido pão às refeições em três e cinco dos sete dias e cinco participantes (15,6%) referem ter consumido pão em quatro dos sete dias anteriores. A terceira diz respeito a quantos dos últimos sete dias no acompanhamento da refeição se misturou dois destes alimentos: arroz, batata, massa ou feijão. Nas respostas dadas verificou-se que 31,2% dos participantes (N=10) refere que ingeriu em três dos sete dias diversas fontes de hidratos de carbono na mesma refeição e quatro participantes (12,5%) referem ter ingerido nos sete dias várias fontes de hidratos de carbono na mesma refeição. No cruzamento de dados foi possível verificar que dos participantes que referiram ingerir nos sete dias pão acompanhando a refeição referiram também que em dois ou três dos últimos sete dias teriam ingerido mais do que uma fonte de hidratos de carbono à refeição. Verificou-se também que os participantes que referiram ingerir nos sete dias diversas fontes de hidratos de carbono à refeição responderam que em quatro e cinco dias, dos sete anteriores, ingeriram pão no acompanhamento do almoço ou do jantar. Na quarta e quinta questões avalia-se o consumo de álcool às refeições e fora das mesmas, respetivamente. O consumo de álcool às refeições era considerado quando excedia um copo por refeição. Neste campo verifica-se que a maioria dos participantes não ingeriu álcool nos últimos sete dias nem à refeição (N=25) nem fora da mesma (N=27), correspondendo a 25% e 29%, respetivamente. Apenas um participante (3,1%) referiu consumir álcool à refeição em todos os últimos sete dias, e esse mesmo participante, não consumiu álcool fora das refeições nesses dias. Um participante (N=1) refere ter consumido álcool as refeições em cinco dos setes dias, sendo que também consumiu em cinco dias álcool fora das refeições. Quanto à ingestão de doces, na sexta ques-

tão deste domínio, as respostas foram diversificadas, porém nenhum dos participantes referiu ingerir doces em todos os sete dias. Sete participantes (N=7) referiram ter consumido doces em dois dias, cinco (N=5) em um, três e cinco dos sete dias e quatro (N=4) referiram não ter ingerido doces em nenhum dos dias ou em quatro dos sete dias.

Ao terminar os dois domínios supra referidos, alimentação geral e alimentação específica, pode verificar-se que apesar dos participantes referirem que cumprem na generalidade uma dieta saudável, quando respondem a questões mais específicas acerca da alimentação realizada nesses sete dias denotam-se oscilações na dieta realizada que não vão de encontro ao preconizado para a pessoa diabética.

A Atividade Física é o terceiro domínio da escala de atividades de autocuidado com a diabetes, constituído por duas questões, sendo a primeira referente à prática de atividade física continuamente por trinta minutos e a segunda referente à prática de uma sessão de exercício físico específico. A maioria dos participantes refere não ter praticado qualquer exercício geral (53,1%) nem específico (87,5%) nos últimos sete dias. Apenas três participantes (N=3) referem ter realizado exercício geral em todos dos sete dias, correspondendo a 9,4% dos participantes. Um desses três participantes que realizou nos sete dias exercício geral realizou também em cinco dias algum tipo de exercício específico.

O quarto domínio refere-se à Monitorização da Glicémia no qual são colocadas duas questões. A primeira questiona em quantos dos últimos sete dias se avaliou a glicémia e a segunda questiona quantos dias por semana foi recomendado pelo médico, enfermeiro ou farmacêutico que o participante avaliasse a glicémia. Treze dos participantes, 40,6%, referem ter avaliado a glicemia nos sete dias prévios ao preenchimento da escala e, após cruzamento de dados, verificou-se que estes foram aconselhados por um profissional de saúde a fazê-lo diariamente. Constatou-se que estas recomendações nem sempre são seguidas ao verificar-se que 25 participantes (62,5%) referem que foram aconselhados a avaliar a glicémia diariamente, porém apenas 13 o fizeram nos sete dias correspondentes às questões colocadas. Um dos participantes refere que não houve qualquer periodicidade de dias recomendado por um profissional de saúde para realizar pesquisa de glicémia e, coincidentemente, também na resposta ao número de dias da semana em que avaliou a glicémia, a sua resposta também foi zero.

Os Cuidados com os pés correspondem ao quinto domínio. Os participantes foram questionados em quantos dos últimos sete dias teriam examinado, lavado e secado os espaços interdigitais dos seus pés depois de os lavar. Neste domínio, 59,4% (N=19) referem ter examinado os pés em sete dos últimos sete dias. 90,6% (N=29) referem ter lavado os pés nos sete dos últimos sete dias e 81,3% (N=26) referem ter secado os espaços interdigitais depois de lavar os pés nos sete dias. Um dos participantes, apesar de referir lavar os pés nos sete dias, respondeu zero no que confere a secar os pés na região interdigital. 6,3 % dos participantes (N= 2) referem não ter examinado os pés nos sete dias anteriores.

O sexto domínio refere-se aos Medicamentos. Neste campo a primeira questão foi respondida por todos os participantes cujo controle da diabetes passa pela administração de terapêutica e refere-se a quantos dos últimos sete dias foi tomado o medicamento para a diabetes como prescrito pelo médico. Verificou-se que 90,6 % dos participantes (N=29) cumpriram os medicamentos como prescrito pelo médico e que 3,1% (N=1) não cumpriu a terapêutica como prescrita em nenhum dos sete dias. Dois dos participantes não responderam a esta questão porque não faziam qualquer tipo de terapêutica para a DM.

Nas duas questões seguintes, apenas respondidas por participantes cujo tratamento prescrito é em associação de ADO e insulina, pergunta-se em quantos dos últimos sete dias foi administrada insulina como prescrito e em quantos dos últimos sete dias foi tomado o número indicado de comprimidos para a diabetes. Dois dos 32 participantes (6,3 %) não responderam à questão referente à administração de insulina, respondendo apenas à questão referente à toma de ADO, referindo a toma diária de ADO. 21,9% (N=7) refere ter procedido à administração de insulina em sete dos últimos sete dias e 18,8 % (N=6) refere não ter administrado a insulina consoante prescrito pelo médico em nenhum dos últimos sete dias. Quanto à toma de ADO, 34,4% (N=11) respondeu que a toma foi realizada como preconizado nos últimos sete dias e 12,5% (N=4) respondeu que não tomou o ADO como prescrito em nenhum dos últimos sete dias. Estas duas últimas questões aplicadas aos participantes que têm prescrito esquema de insulina associado a ADO não vão de encontro aos dados recolhidos na primeira questão deste domínio, onde há 90,6 % dos participantes (N=29) a referir cumprir a terapêutica como prescrita nos sete dias anteriores. Seria benéfico averiguar o porquê desse desfasamento nas respostas dadas.

Por último, no que confere aos Hábitos Tabágicos, nenhum dos participantes refere ter fumado nos últimos sete dias. 96,8 % dos participantes (N=31) refere nunca ter fumado e 3,1% (N=1) refere ter fumado o seu último cigarro há mais de dois anos atrás.

A aplicação deste instrumento de avaliação permite um conhecimento do comportamento da pessoa diabética na sua gestão da doença através dos comportamentos definidos. Deste modo é benéfico para a instituição e para possível seguimento do projeto que este instrumento seja aplicado nas restantes equipas da instituição permitindo uma visão geral dos comportamentos dos utentes assim como o seu comportamento enquanto utentes de determinada equipa da instituição. Assim, poderão direcionar-se as sessões de educação para a saúde aos problemas identificados nas diferentes equipas após aplicação prévia da SDSCA.

## **6.5. Outras Atividades do Projeto**

No decorrer deste projeto foram realizados 2 panfletos informativos funcionando como meio complementar de ensino para a capacitação do utente diabético (Apêndice XII).

Foi também realizado um artigo científico, “Eficácia dos programas de educação da Pessoa Diabética tipo 2”, como preconizado pela unidade curricular, afim de perceber o que torna os programas de educação para a saúde eficazes ou não. Esta revisão de sistemática de literatura garantiu o enriquecimento de conteúdos e permitiu validar a adesão dos utentes em atividades de educação para a saúde no contexto comunitário, em ambiente físico externo à USF, e a sua vontade e entusiasmo por novas atividades semelhantes.

Os resultados foram apresentados à equipa multidisciplinar da USF no âmbito de uma ação formativa definida no plano de formação da instituição.

## 6.6. Seguimento do Projeto

Durante as diferentes fases do planeamento, este projeto foi sujeito a alguns ajustes necessários, a fim de tornar o projeto exequível.

Inicialmente as sessões de educação para a saúde estavam programadas para serem realizadas na USF contudo, inesperadamente, houve indisponibilidade da sala preconizada para o efeito. Foi necessário recorrer aos recursos da comunidade, tendo a Biblioteca Municipal de Portimão disponibilizado o seu auditório, o que se mostrou ser uma ótima alternativa ao planeamento inicial, proporcionando um ambiente de maior proximidade na relação utente-enfermeiro.

Os conteúdos das sessões de educação para a saúde também sofreram alterações de forma a tornar-se mais simples, perceptíveis e direcionados para a população alvo,

Apesar dos ajustes foi cumprido o valor orçamental pré-definido, assim como foram utilizados os restantes recursos planeados.

Preconiza-se que este projeto de intervenção comunitária seja replicado nas restantes equipas da USF assim como se pretende que o instrumento de avaliação utilizado possa ser uma mais valia para determinar os comportamentos desses utentes pré e pós sessões de educação para a saúde.

## 7. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação pressupõe a comparação com um modelo com o objetivo de ser feita uma correção no projeto. No ato de avaliação os resultados obtidos serão comparados à situação inicial, objetivos e metas (Imperatori & Giraldes, 1982).

Para o objetivo:

- Identificar a problemática da adesão ao autocuidado por parte dos utentes da equipa X da USF;

Foi aplicado o instrumento de avaliação, a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, que permitiu perceber o comportamento do utente diabético face aos diversos às diferentes áreas do autocuidado abordadas.

Estipulou-se inicialmente que uma das metas a atingir seria que 1/3 dos utentes convocados participasse nas sessões de educação para saúde.

$$\frac{\text{Nº de utentes que participaram nas sessões de educação para a saúde}}{\text{Nº de utentes convocados para participar}} \times 100$$

Foram convocados 79 utentes da equipa X da USF, dos quais 32 compareceram as sessões de educação para a saúde. Assim,

$$\frac{32}{79} \times 100 = 40,5\%$$

79

Para este objetivo definiu-se, também, que 100% dos utentes participantes nas sessões de educação para a saúde preenchessem a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes.

$$\frac{\text{Nº de utentes que preencheram o instrumento de avaliação}}{\text{Nº total de utentes que assistiu as sessões}} \times 100$$

Dos 32 utentes que compareceram as sessões de educação para a saúde, 32 preencheram o instrumento de avaliação. Assim,

$$\frac{32}{32} \times 100 = 100\%$$

Assume-se, portanto, que o objetivo foi atingido.

Para o objetivo:

- Melhorar os conhecimentos dos utentes da equipa X da USF face ao autocuidado na DM tipo 2.

Para tal foram realizadas 3 sessões de educação para a saúde aos utentes convocados que aderiram a esta atividade.

Estipulou-se como meta que 100% das sessões programadas teriam que ser realizadas:

$$\frac{\text{Nº de sessões programadas}}{\text{Nº de sessões realizadas}} \times 100$$

Das 3 sessões de educação para a saúde planeadas, 3 sessões foram realizadas. Assim,

$$\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$$

Também foi considerado como atingido este objetivo.

Os panfletos informativos realizados acerca dos cuidados ao pé e a administração de insulina também funcionaram como suporte teórico para complementar a abordagem realizada durante as sessões de educação para a saúde. Fica ainda disponível na USF para poder ser divulgada para todos os utentes e não só aos que participaram no projeto.

Não serão visíveis ganhos para a saúde imediatos após a aplicação deste projeto, mas através da continuidade deste projeto, poderão ser obtidos ganhos em saúde a médio e longo prazo.

Pretende-se que sejam alterados comportamentos e que a capacitação do utente diabético seja uma mais valia na sua perceção da doença menorizando as complicações a curto e longo prazo, trazendo ganhos em saúde. Espera-se que, ao aplicar este projeto intervenção comunitária numa das equipas da USF, sejam visíveis alterações de hábitos diários de autocuidado no utente diabético tipo 2, e que possa ser replicado nas restantes equipas com sucesso, para uma avaliação mais alargada deste projeto de intervenção. Através da aplicação da SDSCA é possível verificar a alteração dos comportamentos de autocuidado e validar o sucesso do projeto.

A aposta na literacia é sempre uma mais valia para a comunidade e conseqüente promoção da saúde. Este projeto proporciona à equipa multidisciplinar um conhecimento mais aprofundado dos seus utentes e da sua gestão da doença.

## **8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Durante o processo de planejamento e execução deste projeto de intervenção que decorreu durante o estágio na USF foram desenvolvidas outras atividades conjuntamente com a enfermeira orientadora.

Permitiu também o desenvolvimento de competência em diversas áreas como vacinação, consulta do idoso ou planejamento familiar, facilitando a minha integração na comunidade desta instituição, assim como permitiu conhecer a dinâmica e áreas de abrangência da mesma. A realização de domicílios, conjuntamente com a enfermeira orientadora, contextualizou a realidade da população, das suas vivências e do ambiente em que estão inseridos.

Todo o percurso desenvolvido ao longo do estágio traduziu-se num enriquecimento pessoal e profissional contribuindo para o desenvolvimento de competências de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, bem como aferir no terreno a importância dos CSP e compreensão da sua dinâmica junto da comunidade.

## 9. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Nesta fase final do relatório de estágio é de extrema importância refletir acerca das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do período de estágio.

Considera-se enfermeiro Especialista “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” Independentemente da área de especialidade, “todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns (...) em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011, p. 8648).

Um enfermeiro Especialista adquire determinadas competências comuns a todos os Enfermeiros Especialistas de outros colégios que o distingue de um enfermeiro de cuidados gerais, existindo, também, competências específicas de cada uma das especialidades em enfermagem. As competências comuns ao enfermeiro Especialista definem-se em quatro domínios, responsabilidade profissional, melhoria contínua, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011).

Procede-se, então, a uma análise das competências comuns ao enfermeiro Especialista a fim de validar a sua aquisição.

No âmbito das Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no decorrer do estágio, verificou-se que foi sempre respeitado o código deontológico da profissão de enfermagem nas diferentes tomadas de decisão. Estas foram pensadas conjunta-

mente com a equipa de enfermagem de forma consciente, ética e fundamentada e o menos subjetivas possível, respeitando a vontade do utente, sem proceder a juízos de valor.

Todos os utentes que participaram no projeto leram e preencheram o consentimento informado, de forma consciente e informada, e foi sempre mantido o anonimato ao longo de todo o processo.

No que concerne às Competências do domínio da melhoria da qualidade, houve integração no programa de vigilância da DM para desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária para capacitação da Pessoa diabética. Este projeto, e a divulgação dos resultados, surge como medida de melhoria, não só na capacitação dos utentes, mas também na aproximação dos enfermeiros da USF à comunidade. Ao ser dada continuidade ao projeto preconiza-se que sejam realizadas sessões de educação para a saúde num espaço físico da comunidade, externo à USF, e que permita a partilha de experiências e a capacitação dos utentes, numa atividade em grupo.

Foi também possível integrar outros programas da instituição, que permitiram a partilha, decisão e melhoria dos cuidados prestados. Durante o estágio foi sempre mantido o ambiente seguro, privilegiando o ambiente terapêutico.

Este projeto vai de encontro ao desígnio da DGS para a implementação do PNS reforça a ideia da capacitação dos cidadãos através de ações de literacia, promovendo a sua autonomia e responsabilidade face à gestão da sua doença (DGS, 2015).

As Competências do domínio da gestão dos cuidados basearam-se na liderança e otimização do projeto realizado e da previsão da sua continuidade noutras equipas da USF. Os recursos previamente estabelecidos como necessários para o projeto foram bem equacionados e adequados, não tendo sido excedidos, e permitindo que o processo tenha continuidade. Também a gestão do tempo teve que ser otimizada, tanto no período de estágio, trabalho autónomo e realização do projeto. Demonstrou-se, ao longo do estágio, uma gestão de cuidado competente.

No que concerne às Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolveu-se competências pessoais e profissionais assertivas, permitindo o

autoconhecimento. Foi necessário investimento na pesquisa científica para construir uma base sólida de conhecimentos de enfermagem teóricos que se traduziram numa prática de cuidados especializada com rigor científico. Neste contexto, e como preconizado nos critérios de avaliação do estágio, foi realizado um artigo de investigação com o objetivo de perceber a eficácia dos programas de educação para a saúde da Pessoa Diabética tipo 2 na sua gestão da doença (Apêndice XIII). A realização deste artigo de revisão sistemática contribuiu, também, para aquisição deste domínio de competência. Ao integrar outros programas da instituição permiti-me o enriquecimento profissional e foi um facilitador de aprendizagens de competência especializada.

Posto isto, consideram-se adquiridas as competências comuns do enfermeiro Especialista.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública para além de adquirir as competências comuns a outras especialidades, como supra referido, possui, concomitantemente, competências específicas e próprias da designação da sua especialidade.

Definem-se como competências específicas as “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011, p. 8649).

O Regulamento das competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Ordem dos Enfermeiros [OE], define as seguintes competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” e “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito demográfico” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.2).

De acordo com as competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas e das suas unidades de competência, proceder-se-á à análise de cada uma delas a fim de validá-las como adquiridas.

*Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.3).

Considera-se que esta competência foi adquirida na sua globalidade.

Durante o estágio foi realizado um diagnóstico de saúde da comunidade. Através de pesquisa em diversas fontes eletrónicas (INE e PORDATA), no plano de ação da USF, no Plano Local de Saúde Barlavento – Algarve, no Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde ACES Algarve II – Barlavento e no programa *mim@uf*, conseguiu-se fazer uma caracterização detalhada da população e dos seus determinantes de saúde. Posteriormente, após a identificação das áreas prioritárias para desenvolver o projeto de intervenção comunitária, foi aplicada a grelha de análise para determinação de prioridades onde a DM se verificou prioritária. Selecionaram-se estratégias e definiram-se objetivos, criando um projeto de intervenção indo de encontro à área prioritária identificada. Este foi implementado, com sucesso, uma vez que as metas preconizadas foram atingidas. Posto isto, considera-se esta competência adquirida, na medida em que foi realizado um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia do Planeamento em Saúde.

*Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4).

Neste estágio foi implementado um projeto de intervenção comunitária que visa a capacitação dos utentes diabéticos de uma das equipas da USF, promovendo o seu autocuidado e a gestão da sua saúde. Este projeto integrou o programa de vigilância do utente diabético existente nesta instituição. A Biblioteca Municipal de Portimão foi o espaço físico utilizado para a realização das sessões de educação para a saúde. Foi escolhido um recuso da comunidade proporcionando, assim, um ambiente mais informal e mais próximo da população.

As sessões de educação para a saúde foram adaptadas à faixa etária dos utentes convocados para as mesmas (adultos, idosos), utilizando a projeção eletrónica como suporte formativo, porém pretendia-se que fosse privilegiado o diálogo e a partilha de conhecimentos e experiências, sendo a maior parte da exposição da informação feita de forma oral e dirigida.

*Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.4)

Está preconizado no PNS, nas metas para 2020, a redução da mortalidade prematura, inferior ou igual a 70 anos de idade, para um valor inferior a 20% , aumentar em 30% a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, a redução da prevalência do consumo de tabaco na população com idade igual ou superior a 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental e controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar (DGS, 2015).

O projeto de intervenção comunitária implementado preconiza a aquisição de competências de autocuidado da pessoa diabética adulta, melhorando a sua gestão da doença e procurando diminuir os efeitos nocivos da mesma a curto, médio e a longo prazo. Pode, então, incluir-se em duas das metas suprarreferidas estabelecidas pelo PNS no que concerne à redução da mortalidade prematura nos indivíduos com idade igual ou inferior a 70 anos de idade e no aumento em 30% da esperança média de vida saudável aos 65 anos de idade.

No eixo cidadania, o PNS propõe “a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornarem mais autónomos e responsáveis e relação à sua saúde”, a “realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença” assim como “o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença” (DGS, 2015, p. 14). A implementação deste projeto de intervenção comunitária pretendeu ir de encontro ao proposto no PNS no que concerne a este eixo de atuação. Foram desenvolvidas sessões de educação para a saúde promovendo a literacia, o autocuidado e a autonomia da pessoa diabética, preconizando a sua replicação noutras equipas da instituição a fim de tornar os utentes da mesma capazes da auto gestão da sua doença.

A implementação do PNS deve basear-se em sete princípios: Prevenção e Controlo da Doença, Promoção e Proteção da Saúde, Colaboração Intersectorial, Capacitação dos cidadãos, Promoção de ambientes saudáveis , Divulgação e implementação de boas práticas e Fortalecimento da Saúde Global (DGS, 2015). Indo de encontro a estes princípios estabelecidos, aquan-

do da implementação do projeto, procurou-se corresponder à maioria, assim como se verifica em todos os programas e projetos instituídos na USF .

*Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito demográfico* (Ordem dos enfermeiros, 2010, p.5)

Considera-se esta competência como adquirida.

Foi realizada uma caracterização da população abrangida pela USF, permitindo o uma vigilância epidemiológica desta comunidade. O reconhecimento dos problemas reais e das necessidades desta comunidade permitiu a escolha do tema, a definição de estratégias e objetivos, implementando o projeto de intervenção comunitária onde a promoção da saúde é o ponto fulcral para adquirir ganhos em saúde.

A Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde refere que “O grau de mestre deve assegurar predominantemente a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (...)”, “um nível aprofundado de conhecimento científico de natureza teórica e prática e das suas aplicações na área de estudo (...)”, assentando em quatro objetivos, sendo eles, “desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem (...)”, “promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, uma prática baseada na evidencia e de referenciais éticos e deontológicos”, “capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos (...)” e “contribuir para o desenvolvimento da disciplina e formação especializada” ( Regulamento do Funcionamento do Mestrado em Enfermagem, 2017, p. 4-5). No decorrer deste projeto de intervenção comunitária pretendeu-se ir de encontro aos objetivos supra citados para atingir o grau de conhecimento especializado e aprofundado na área de estudo desenvolvida. Considera-se que foi desenvolvido um projeto de investigação no domínio da DM, promovendo o autocuidado da pessoa diabética da instituição na qual o projeto foi desenvolvido, promovendo uma melhoria dos cuidados prestados. Foram respeitados os princípios éticos e deontológicos no decorrer do projeto, agindo em conformidade de forma a manter o anonimato dos participantes assim como se procedeu à solicitação de todas as autorizações necessárias às entidades competentes para permitir a realização do projeto.

O grau de mestre é concedido a quem demonstrar “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (...) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde”, “Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;”; “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas (...), ainda que relacionados com a sua área de estudo;”; “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;”; “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios (...) de uma forma clara e sem ambiguidades;” e “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 2016, p.3174). Ao longo do decorrer deste projeto de intervenção comunitária considera-se que foram aprofundados conhecimentos acerca da problemática identificada. Respondeu-se aos contratemplos que surgiram de forma autónoma permitindo resolvê-los com espírito de liderança e de forma eficaz, como por exemplo quando a sala da USF programada para as sessões de educação para a saúde deixou de estar disponível houve outra opção eficaz de resolver a situação sendo que a resolução se mostrou muito produtiva na medida em que se pode utilizar um recurso físico da comunidade permitindo maior proximidade entre os participantes visto tratar-se de um espaço considerado menos formal. Conseguiu-se expor as ideias, conhecimentos aprofundados e conclusões de forma clara e precisa. Posto isto, considera-se que as competências do grau de mestre foram adquiridas permitindo um enriquecimento para a prática profissional presente e futura de forma autónoma e especializada.

## CONCLUSÃO

A DM constitui um problema de saúde para a qual um autocuidado eficaz se reflete numa gestão de doença mais efetiva minorizando os efeitos nocivos decorrentes desta doença crónica.

Aplicando a metodologia de planeamento em saúde foi possível realizar um diagnóstico de saúde indo de encontro às necessidades reais da população abrangida pela equipa da USF, concluindo-se que a DM é uma área de intervenção prioritária. Associado a este diagnóstico surgiu também a ideia de realizar a primeira atividade desta instituição dirigida a um grupo de utentes da USF fora do seu espaço físico.

Assim, foram convocados os utentes de uma das equipas da USF para lhe serem dirigidas as sessões de educação para a saúde após preenchimento prévio da escala de autocuidado. Pode-se assim testar não só a adesão dos utentes a esta iniciativa pioneira como, através da escala utilizada como instrumento de avaliação, validar os comportamentos do seu autocuidado nas dimensões preconizadas pelos autores da mesma.

A adesão às sessões mostrou-se favorável à continuidade deste projeto que se espera que seja replicado nas restantes equipas. Após análise das respostas à escala do autocuidado verificou-se que é de todo pertinente uma aposta no incentivo aos hábitos saudáveis, no ensino à pessoa diabética acerca da sua doença e do seu autocuidado a fim de aumentar a sua literacia e de promover a qualidade de vida destas utentes. Neste contexto a educação para a saúde torna-se numa estratégia essencial na capacitação da pessoa diabética para que a sua tomada de decisão seja concretizada de forma consciente, autónoma e com conhecimentos que a fundamentem indo de encontro ao preconizado por Nola Pender no seu modelo de promoção de saúde.

Não serão visíveis ganhos em saúde imediatos após execução deste projeto, contudo, o seu seguimento e replicação nas restantes equipas permitirá maior adesão a este projeto,

uma sensibilização dos utentes face à gestão da sua doença e autocuidado, preconizando-se a médio e longo prazo visíveis implicações para a saúde.

Este relatório permitiu uma reflexão centrada nas competências comuns do Enfermeiro Especialista assim como das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, validando a sua aquisição ao longo deste processo. Estabeleceu-se um diagnóstico de saúde utilizando a metodologia de planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, a capacitação de grupos e comunidades, integrando a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS assim como se procedeu a vigilância epidemiológica de âmbito demográfico, como estabelecido nas competências específicas deste ramo de especialidade (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Este projeto de intervenção comunitária mostrou-se gratificante também por ter sido pioneiro nesta instituição na medida em que nunca tinham sido realizadas quaisquer atividades em grupo fora do contexto físico da USF. Constituiu também um desafio pessoal ao permitir a saída da minha área de conforto profissional, como enfermeira de cuidados hospitalares, para a comunidade. E um dos desafios iniciais foi também a previsão da adesão dos utentes a este projeto, contudo mostrou-se superior à expectativa inicial.

A Enfermeira orientadora deste projeto mostrou-se peça fundamental na motivação e na minha integração na equipa da USF e na comunidade em que está inserida.

No que confere às limitações encontradas destaca-se a inicial dificuldade da perspetiva comunitária e na idealização deste projeto, contudo com a realização do diagnóstico de saúde e posterior avanço passo a passo nas etapas do planeamento em saúde, estas limitações foram colmatadas.

Preconiza-se a replicação deste projeto nas restantes equipas da USF permitindo que o instrumento de avaliação utilizado traduza dados passíveis de serem generalizados através de uma recolha de dados transversal a todas as equipas, assim como aplicação do mesmo novamente na equipa X. Através da educação para a saúde pretende-se aumentar a literacia em saúde dos utentes diabéticos desta instituição melhorando o autocuidado no intuito de obter, a médio e longo prazo, ganhos em saúde efetivos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve. (s.d.). Plano Operacional de Respostas Integradas – Relatório Final de Diagnóstico do Território do Conselho de Portimão. Recuperado de [http://www.sicad.pt/BK/Concursos\\_v2/Documents/2016/diagnosticos%20PRI/Diagnostico\\_Portimao.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Concursos_v2/Documents/2016/diagnosticos%20PRI/Diagnostico_Portimao.pdf)
- Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve. (2015). Breve caracterização da Saúde dos Algarvios - perspetiva 2015, 1–42.
- Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve. (2017). Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde ACES ALGARVE II - BARLAVENTO, 1–34.
- Agostinho, M. F. (2017). Plano Local de Saúde Barlavento - Algarve - 2017-2020, 1–78.
- Antunes, M. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa. XI Jornadas APDIS. Lisboa
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. (2017). Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11–20.

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (em linha). Acedido em <https://bicsp.min-saude.pt>

Câmara Municipal de Portimão (em Linha). Acedido em <https://www.cm-portimao.pt/servicos-municipais/acao-social-e-saude/ipss>

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, Diário da República, 1ª série – N.º 298 - 22 de agosto de 2007. Recuperado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/640665/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Despacho nº 3618-A - Diário da República Nº. 29/2016, 1ºsuplemento, série II de 10 de Março de 2016. Recuperado de <https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized?serie=II&dreId=73833504>

Despacho n.º 3454/2017 de 20 de abril de 2016, Diário da República, 2ª série – 3454 – 20 de abril de 2016. Recuperado de [https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/106912661/details/3/maximized?serie=II&parte\\_filter=31&dreId=106912603](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/106912661/details/3/maximized?serie=II&parte_filter=31&dreId=106912603)

Direção Geral da Saúde [DGS]. (n.d.). A promoção da saúde a carta de Ottawa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, 38. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2016). A saúde dos portugueses 2016. Recuperado de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A Saude dos Portugueses](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A_Saude_dos_Portugueses)

2016.pdf

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa nacional para a diabetes.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021.

Espanha, R; Ávila, P.; Mendes, R. V. (2016). Literacia em Saúde em Portugal – 2015. Fundação Calouste Gulbenkian.

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Algarve*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://doi.org/10.13541/j.cnki.chinade.2011.07.013>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS]. (2018). Meio caminho Andado - Relatório Primavera 2018.

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OCDE Indicators*. Paris.

Ordem dos enfermeiros [OE]. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

PORDATA (em linha). Acedido em <https://www.pordata.pt/Municipios/Crimes>

Pender, N. J. (2011a). Health Promotion Model - Frequent Questions. Recuperado de <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85352>

Pender, N. J. (2011b). Health Promotion Model Manual. Recuperado de <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Recuperado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

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

Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD]. (2016). *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015 - Relatório Anual do Observatorio Nacional da Diabetes*. (L. S. . P. e Marketing, Ed.). Lisboa.

Sørensen, K., Broucke, S. Van Den, Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (Ministério da Saúde, Ed.). Departamento de recursos humanos da saúde- Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª). Lusociencia.

Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, *23*(7), 943–950.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2003). *LITERACY, A*

*UNESCO PERSPECTIVE.*

Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm.*, 18(3), 235–240.

World Health Organization [WHO]. (1998). Health Promotion Glossary. Recuperado de [https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR\\_Glossary\\_1998.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf)

World Health Organization [WHO]. (2016). Global Report on Diabetes. *Isbn, 978, 88*. Recuperado de [https://doi.org/ISBN\\_978\\_92\\_4\\_156525\\_7](https://doi.org/ISBN_978_92_4_156525_7)

World Health Organization [WHO]. (2013). A global brief on Hypertension - World Health Day 2013. *World Health Organization*, 1–40. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4815.882-a>

World Health Organization [WHO]. (2013). Health literacy The solid facts. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)

World Health Organization [WHO]. (2018). *Guidelines on Second-and third-line medicines and types of insulin for the control of blood glucose levels in non-pregnant adults with diabetes mellitus.*

## **ANEXOS**

**ANEXO I Escala de Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes traduzida e adaptada de Summary of Diabetes Self-Care Activities [SDSCA]**

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

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

<b>1. ALIMENTAÇÃO GERAL</b>	<b>Nº de dias</b>							
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doces de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA</b>								
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vacas, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, doces ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>3. ACTIVIDADE FÍSICA</b>								
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 20 minutos? (20 minutos totais de actividade contínua, incluindo andar)	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA</b>								
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>5. CUIDADOS COM OS PÉS</b>								
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS socou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>6. MEDICAMENTOS</b>								
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
OU (se insulina e comprimidos):								
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>7. HÁBITOS TABÁGICOS</b>								
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>								
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, por dia? Número do cigarro: _____								
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?								
<input type="checkbox"/> Nunca fumou								
<input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás								
<input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás								
<input type="checkbox"/> Quatro a dois meses atrás								
<input type="checkbox"/> Um a três meses atrás								
<input type="checkbox"/> No último mês								
<input type="checkbox"/> Hoje								

*Nota: As questões 2.1 a 2.7 devem ser recodificadas invertendo a pontuação: 0-7; 1-6; 2-5; 3-4; 4-3; 5-2; 6-1; 7-0.*

*O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo nº destes; os resultados (médias) são expressos em dias por semana.*

**ANEXO II Parecer da Comissão de ética da CES da ARS Algarve**



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Exma. Senhora  
Dr.ª Daniela Filipa Narciso Ortiz  
Lopes  
danielaortizlopes@gmail.com

820519 004604

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º CES 03/2019 PROC. N.º 425/2018	11/04/2019

**ASSUNTO:** Parecer da CES da ARS Algarve sobre pedido n.º 25/2018 - "Diabetes, conhecer para viver melhor: Capacitação da Pessoa com Diabetes"  
**Requerentes:** Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes

Serve o presente para informar V. Exa. que o projeto em questão foi autorizado pelo CD em 3 de abril de 2019, no seguimento do parecer Positivo por parte da CES da ARS Algarve na sua reunião de 19 de fevereiro de 2019, no que diz respeito à aplicação da escala de Autocuidado com a Diabetes aos utentes da USF Atlântico Sul que constituem a amostra do estudo, bem como

Não se pronunciando sob as restantes atividades desenvolvidas, porquanto as mesmas não foram precedidas de pedido de parecer desta Comissão e autorização por parte do CD.

Solicita-se igualmente que, ao abrigo do disposto no n.º 23º da atual Declaração de Helsínquia, dê conhecimento à CES da ARS Algarve, I.P., de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações lidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Gonçalves  
Membro do Conselho Científico  
da ARS Algarve, I.P.

E.N. 125 Sítio das Figuras, Lote 1, 2.º andar, 8135-145 Faro  
Tel: 28989900 - Fax: 28987405  
email: c@arsalgarve.min-saude.pt - www.arsalgarve.min-saude.pt

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I Autorização do coordenador da USF bem como da Sr. <sup>a</sup> Enfermeira Responsável e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública para a realização do projeto de intervenção comunitária e pesquisa nas plataformas da instituição**



Ao Exmo. Coordenador da USF [redacted]  
De: [redacted]  
À Exma. Enfermeira Responsável  
[redacted]

ACES Algarve II - Barlavento  
Unidade de Saúde Familiar [redacted]

Portimão, 04 de junho de 2018

Eu, Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes, aluna n.º 170531117 do 2.º Mestrado Integrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no âmbito do estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar [redacted] sob a orientação da enfermeira [redacted] pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia de planeamento em saúde resultando de um diagnóstico prévio, após identificação de uma necessidade dos utentes e profissionais desta instituição. Para o efeito, venho por este meio requerer autorização para pesquisa nas plataformas e bases de dados disponíveis nesta unidade assim como formalizo também o pedido para aplicar questionário aos enfermeiros desta instituição a fim de perceber as áreas consideradas por eles prioritárias e de interesse para este projeto que pretendo desenvolver. Declaro que os dados obtidos são confidenciais e apresentam uso exclusivo para a realização do presente estudo, não sendo divulgados para nenhuma outra finalidade. Não se apontam conflitos de interesses à realização deste projeto.

Peço-se deferimento.

A mestresada:

Daniela Lopes  
(Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes)

autorizada - tornei conhecimento  
COORDENADORA  
da USF [redacted]  
Dra. Maria da Luz Salas

***APÊNDICE II Pedido para a realização do projeto de intervenção comunitária ao ACES Barlavento***

Aos Exmos. Direitor Executivo do ACES do Barcelos

Dr.ª Leonor Bota

Centro de Saúde de Portimão  
Rua Manuel Dias, n.º 1,  
São de São Sebastião  
8500-723 Portimão

Portimão, 5 de dezembro de 2018

Assunto: Pedido de realização de projeto de intervenção comunitária na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

Eu, Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes, aluna n.º 170531117 do 2º Mestrado Integrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde de Setúbal, no âmbito do estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED] sob a orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED] e da Professora Doutora Ana Carhestro, pretendo requerer o aval ao ACES Barcelos para desenvolver um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia de planeamento em saúde resultando de um diagnóstico prévio, após identificação de uma necessidade dos utentes e profissionais desta instituição. Para o efeito, já foi requerida e aceite a permissão pela entidade da coordenação da USF [REDACTED] na pessoa da Dr.ª [REDACTED] e da Enfermeira Responsável a exercer funções na altura do requerimento, a Sr.ª Enfermeira [REDACTED].

Declaro que os dados obtidos são confidenciais e apresentam uso exclusivo para a realização do presente estudo, não sendo divulgados para nenhuma outra finalidade. Não se apontam conflitos de interesses à realização deste projeto.

Pede deferimento.

A mestrand,

Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes

---

**APÊNDICE III Aval da ACES Barlavento para seguimento para a Comissão de Ética da ARS Algarve**



ACES Barlavento <acesbarlavento@arsalgarve.min-saude.pt>

07/12/2018 10:11



Para: Comissão de Ética e Saúde da ARS Algarve Cc: Leonor Bota; danielaortizlopes@gmail.com; Maria Luz Salas; Co... 

[Guardar todos os anexos](#)



Requerimento ACES...  
21,13 KB



Requerimento Enfermeira Daniel...  
71,47 KB

Exmo Senhor

Dr. Nuno Murcho

Presidente da Comissão de Ética

ARS Algarve, IP

Encarrega-me a Diretora Executiva do ACES Algarve II - Barlavento, Dr.<sup>a</sup> Leonor Bota, de remeter a V. Ex.<sup>a</sup>, para parecer e análise da Comissão de Ética da ARS Algarve, pedido formulado pela aluna do 2º Mestrado Integrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde de Setúbal, no âmbito do estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos,

Filomena Alexandre

Assistente Técnica

Unidade de Apoio à Gestão

ACES Algarve II - Barlavento

[acesbarlavento@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:acesbarlavento@arsalgarve.min-saude.pt)



## **APÊNDICE IV Consentimento do autor do instrumento de avaliação**



Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Rua Dr. António Bernardino de Almeida  
4200-072 Porto  
Portugal  
Email: [esep@esep.pt](mailto:esep@esep.pt)  
Telef: +351 22 307 23 00  
Fax: +351 22 309 63 37  
<http://www.esep.pt>

Ex.ma Sr.ª Enfermeira Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes

Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem

em Saúde Comunitária e de Saúde Pública,

do Instituto Politécnico de Setúbal,

Escola Superior de Enfermagem de Setúbal,

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

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a utilização da escala supracitada, conforme solicitado pela Estudante a Sr.ª Enfermeira Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes, para a sua utilização no Projeto de Intervenção Comunitária, cuja temática é a capacitação da Pessoa diabética, a decorrer na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED] unidade do Agrupamento de Centros de Saúde do Barlavento Algarvio da ARS Algarve, sob orientação e coordenação da Enfermeira [REDACTED] e da Professora Doutora Ana Canhestro.

Mais informo que deve usar as referências da sua publicação na Acta Médica Portuguesa e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme podem identificar nas restantes tabelas do artigo.

Coloco-me ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Ao dispor,

Porto, 10 de novembro de 2018

Fernanda Bastos

Fernanda Bastos, PhD, MSc, RN  
Professora Adjunta  
[fernandabastos@esep.pt](mailto:fernandabastos@esep.pt)

CITESE  
Centro de Investigação e Desenvolvimento  
em Sistema de Informação em Enfermagem

## **APÊNDICE V Consentimento informado para participação no estudo**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
INVESTIGAÇÃO**

**de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

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

**“Diabetes, conhecer para melhor viver: Capacitação da Pessoa com Diabetes.”**

”

No âmbito da frequência do 2º Curso de Mestrado em Associação e Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Setúbal, está a ser desenvolvido um projeto de intervenção comunitária no contexto do estágio a ser realizado na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED], em Portimão, com a devida autorização do estabelecimento de ensino. O referido estágio e projeto decorrem sob a orientação da Professora Doutora Ana Canhestro e o estágio sob tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED]. Este projeto de intervenção comunitária tem por base uma necessidade/problema identificado e integra o Programa de Saúde Programa de Vigilância de Diabetes Mellitus da USF [REDACTED].

Irá ser abordada a problemática da Diabetes Mellitus enquanto problema presente nos utentes desta instituição reflexo também do problema do concelho, do distrito e do País.

Com a realização deste projeto pretende-se capacitar os adultos diabéticos tipo 2 que são utentes desta instituição promovendo o autocuidado e gestão da doença de forma adequada.

Para a realização deste projeto visa-se a aplicação de um instrumento de avaliação do autocuidado aos utentes diabéticos tipo 2, sendo que a participação no mesmo é de caráter voluntário, documentada através da assinatura de um consentimento informado a ser entregue aos utentes.

Os dados recolhidos são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo e serão tratados sob anonimato, sendo que os participantes nunca serão identificados e os contactos com os participantes serão feitos em ambiente de privacidade e em contexto das intervenções planeadas.

A sua participação é de caráter voluntário, podendo o participante recusar-se a participar ou abandonar o projeto em qualquer momento sem nenhum prejuízo associado.

Serve este documento também para esclarecer que poderão existir dois momentos de contato entre o Investigador e o participante. O primeiro na aplicação do instrumento e participação na sessão de educação para a saúde a decorrer em Janeiro de 2019 e uma terceira, se necessário, a agendar de comum acordo para avaliação do projeto através da aplicação do instrumento de avaliação inicial.

Desde já agradeço a sua participação neste estudo.

Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes - Enfermeira

E-mail: [REDACTED]

**Assinatura/s:** .....

---

<sup>1</sup> [https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2\\_ficheiro\\_pt\\_0077090001371555285-672.pdf](https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE  
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: .....

BI/CD Nº: ..... DATA ou VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA .....

## **APÊNDICE VI Escala de Atividades de Auto Cuidado com a Diabetes**

Código do questionário: \_\_\_\_\_

### **Escala de Atividades de Auto Cuidado com a Diabetes<sup>1</sup>**

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

#### **1. ALIMENTAÇÃO GERAL**

1.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?

0	1	2	3	4	5	6	7

1.2. Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?

0	1	2	3	4	5	6	7

1.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?

0	1	2	3	4	5	6	7

#### **2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA**

2.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco ou cabrito)?

0	1	2	3	4	5	6	7

---

<sup>1</sup> Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004)

Código do questionário: \_\_\_\_\_

2.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?

0	1	2	3	4	5	6	7

2.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa ou feijão?

0	1	2	3	4	5	6	7

2.4. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?

0	1	2	3	4	5	6	7

2.5. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?

0	1	2	3	4	5	6	7

2.6. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?

0	1	2	3	4	5	6	7

### 3. ATIVIDADE FISICA

3.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)

0	1	2	3	4	5	6	7

Código do questionário: \_\_\_\_\_

- 3.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?

0	1	2	3	4	5	6	7

#### 4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA

- 4.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?

0	1	2	3	4	5	6	7

- 4.2. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?

0	1	2	3	4	5	6	7

#### 5. CUIDADOS COM OS PÉS

- 5.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?

0	1	2	3	4	5	6	7

- 5.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?

0	1	2	3	4	5	6	7

- 5.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?

0	1	2	3	4	5	6	7

Código do questionário: \_\_\_\_\_

**6. MEDICAMENTOS**

6.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?

0	1	2	3	4	5	6	7

**OU (se insulina e comprimidos)**

6.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções se insulina?

0	1	2	3	4	5	6	7

6.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos  para a diabetes?

<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7

**7. HÁBITOS TABAGICOS**

7.1. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?

0	1	2	3	4	5	6	7

7.2. Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia?

Número de cigarros: \_\_\_\_\_

7.3. Quando fumou o seu último cigarro?

Nunca Fumou	Há mais de dois anos atrás	Um a dois anos atrás	Quatro a doze meses atrás	Um a três meses atrás	No último mês	Hoje

**APÊNDICE VII Questionário realizado aos enfermeiros da USF**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



No âmbito do estágio do 2º Mestrado Integrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública realizado na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED], sob a orientação da enfermeira [REDACTED], pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia de planeamento em saúde após identificação de uma necessidade dos utentes e profissionais desta instituição. Para o efeito pretendo aplicar um questionário aos enfermeiros desta unidade funcional a fim de perceber as áreas consideradas prioritárias e de interesse para o projeto que pretendo desenvolver.

Declaro que os dados obtidos são confidenciais e apresentam uso exclusivo para a realização do presente estudo, não sendo divulgados para nenhuma outra finalidade. Não se apontam conflitos de interesses à realização deste projeto.

Agradeço a colaboração.

Daniela Filipa Narciso Ortiz Lopes

Aluna n.º 170531117

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



Face a cada um dos programas existentes na Unidade de Saúde Familiar [redacted] [redacted] numere na sua perspetiva cada um deles de 1 a 5 de acordo com a necessidade de intervenção em cada uma das áreas definidas podendo repetir a numeração caso concorde com prioridade idêntica, correspondendo 1 a “não prioritário” e 5 “muito prioritário”.

Programa	Prioridade				
	1	2	3	4	5
Programa de Saúde Materna					
Programa de Vigilância de Hipertensão Arterial					
Programa de Vigilância de Diabetes Mellitus					
Programa de Rastreio Oncológico					
Programa de Planeamento Familiar					
Programa de Saúde do Adulto					
Programa de Saúde do Idoso					
Programa de Vacinação					
Programa de Visitação Domiciliária					
Programa de Cuidados em Situação de Doença Aguda					
Programa de Saúde Infantil e Juvenil					

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



No plano de ação 2017-2019 da USF [REDACTED] foram identificados quatro problemas prioritários. Destes problemas definidos no respetivo documento e, tendo em conta sua perspetiva como prestador de cuidados, numere cada um deles de 1 a 5, podendo repetir a numeração caso concorde com prioridade idêntica, correspondendo 1 a “não prioritário” e 5 “muito prioritário”.

Problema	Prioridade				
	1	2	3	4	5
Cancro do colo do útero, cancro da mama e cancro colo-retal					
Acompanhamento adequado na vigilância do primeiro trimestre de gravidez					
Taxa de cobertura vacinal					
Diabetes Mellitus					-

Após uma pequena reflexão, analisando o percurso desta unidade, os seus utentes e profissionais de saúde, caso ache pertinente, refira algumas áreas de intervenção que considere de atuação pertinente.

---



---



---



---



---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



Nos programas e projetos já estabelecidos e postos em prática por esta unidade funcional quais são para si as principais limitações com que se deparam os profissionais de saúde, sejam estas a nível de recursos ou de população alvo.

---

---

---

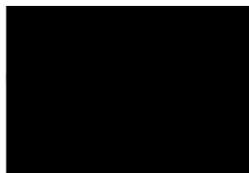
---

---

---

Grata pela colaboração.

**APÊNDICE VIII Convocatória aos utentes da Equipa X da USF**



Nome do Utente  
Morada

**Assunto:** Projeto de Intervenção Comunitária da USF [REDACTED]

**"Diabetes, conhecer para melhor viver: Capacitação da Pessoa com Diabetes"**

Venho por este meio convidá-lo (a) para uma sessão de Educação para a Saúde a realizar no dia **23 de janeiro de 2019** (quarta feira) às **10:00** ou às **15:00**, consoante a sua preferência, no **Auditório da Biblioteca Municipal de Portimão - Rua da Quinta do Bispo, 8500-729 Portimão**.

Esta sessão será integrada num projeto de Mestrado desenvolvido por a Enfermeira Daniela Lopes (em estágio na instituição) sob orientação da Enfermeira (Nome) e destina-se aos utentes diabéticos da USF [REDACTED] selecionados, pretendendo melhorar o seu autocuidado e gestão da doença.

É importante para si que compareça e também é importante para nós.

Deverá confirmar a sua presença, se possível, através do número de telefone XXXXXXXXX.

Aguardamos pela sua presença!!!



Enfermeira Daniela Lopes  
Tm: XXXXXXXXX

## **APÊNDICE IX Cronograma de atividades**

DIABETES, CONHECER PARA MELHOR VIVER: CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM DIABETES

ANO	2018																2019								
	Meses/semanas				Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				
	Maio	Junho	Julho	Agosto	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	
Realização do Diagnóstico de Situação																									
Pedido de autorização aos autores do Instrumento de avaliação																									
Pedido de autorização à Comissão de Ética da ARS Algarve																									
Preparação das Sessões de Educação para a Saúde																									
Marcação do auditório da Biblioteca Municipal de Portimão para a realização das sessões																									
Realização do material de suporte para as sessões																									
Aplicação do instrumento de avaliação e realização das Sessões de educação para a saúde																									
Realização do material de suporte para a USF [REDACTED]																									
Avaliação do Projeto																									
Reunião com os profissionais da USF para avaliação do projeto																									

**APÊNDICE X Plano de sessão**



**Plano de Sessão**

<b>DIABETES, CONHECER PARA MELHOR VIVER: CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM DIABETES</b>			
<u>População Alvo:</u> Utentes diabéticos da equipa X da USF [REDACTED]			
<u>Data:</u> [REDACTED]	<u>Local:</u> Auditório da Biblioteca Municipal de Portimão		
<u>Hora:</u> [REDACTED]			
<u>Preletor:</u> Daniela Ortiz Lopes		<u>Tempo Previsto:</u> 100 minutos	
<u>Objetivo Geral:</u> Proporcionar um aumento de conhecimento no que diz respeito ao autocuidado do utente diabético da USF [REDACTED], permitindo a mudança de hábitos diários.			
<b>INTRODUÇÃO</b>			
Objetivo Específico da Sessão	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas/ Recursos Didáticos	Tempo
Dar a conhecer o objetivo da sessão de educação para a saúde	Apresentação do preletor; Apresentação do tema; Fornecimento do livro de receitas e canetas; Leitura e Preenchimento do Consentimento Informado; Preenchimento assistido da escala do autocuidado.	Método Expositivo/  Computador,  Pen-drive e Microsoft PowerPoint	20 minutos
<b>DESENVOLVIMENTO</b>			

	Leitura e Preenchimento do Consentimento Informado; Preenchimento assistido da escala do autocuidado.	Computador, <i>Pen-drive e Microsoft PowerPoint</i>	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>			
<b>Objetivo Específico da Sessão</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e Técnicas Pedagógicas/ Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
Identificar as diferentes áreas de autocuidado do utente diabético; Aprofundar conhecimentos acerca das áreas de autocuidado do utente diabético; Permitir uma melhor gestão da doença no quotidiano destes utentes; Promover hábitos de vida saudáveis.	Alimentação; Atividade física; Monitorização da glicémia capilar; Cuidados com os pés; Medicação; Hábitos Saudáveis.	Método Expositivo/  Computador, <i>Pen-drive e Microsoft powerpoint</i>	60 minutos
<b>CONCLUSÃO</b>			

Objetivo Específico da Sessão	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas/ Recursos Didáticos	Tempo
Refletir acerca da importância da gestão da doença; Perceber a importância das sessões de educação para a saúde;	Considerações Finais; Espaço para esclarecimento de dúvidas; Avaliação da sessão; Lanche de convívio.	Método Expositivo e Interrogativo/ Computador, Pen-drive e Microsoft PowerPoint	20 minutos

## APÊNDICE XI Livro de receitas para oferecer aos utentes

<p><b>Livro de Receitas Saudáveis para Diabéticos</b></p> <p>Receitas Fáceis e Rápidas</p> <p>Receitas retiradas de <a href="http://www.apdp.pt">www.apdp.pt</a></p>	<p><b>Filetes de Pescada com Legumes e Batatas a murro</b></p> <p>Temperar os filetes com sal, pimenta e o suco dos limões. Picar a cebola e cortar os legumes em cubos. Saltear e deixar cozer em 2 dl de água. Picar os dentes de alho e deixar alorzar em 2 c. sopa de azeite com os filetes. Juntar a marinada e deixar cozer. Acompanhar com: Lavar as batatas com pele e picar em toda a superfície com um garfo. Levar ao micro-ondas durante cerca de 15-20 min. Quando estiverem cozidas, envolver as batatas num pano e dar um ritmo em cada uma.</p>	<p><b>Bolachas de Aveia e Banana</b></p> <p>Junte os flocos de aveia com a banana esmagada até ficar em pasta. Junte canela a gosto. Disponha em pequenas porções em forma de bolacha, num tabuleiro forrado com papel vegetal. Leve ao forno cerca de 15 a 20 minutos no forno pré-aquecido a 180°.</p>	<p><b>Bolachas de Aveia e Banana</b></p> <p><u>Ingredientes:</u>  <b>180 a 200 grs de Aveia</b>  <b>2 bananas</b>  <b>Canela a Gosto</b></p>
<p><b>Sopa Verde com Couve-Flor e cenoura</b></p> <p>Cortar a cebola, a courgette, o nabo, a alface e uma cenoura em bocados pequenos. Levar ao lume numa panela com a água necessária e uma pitada de sal e deixar cozer até os legumes estarem macios. Passar tudo com a varinha mágica. Entretanto descascar e cortar a outra cenoura em rodélas e partir a couve-flor em ramelhos. Juntar ao puré, levar novamente ao lume até estarem cozidos e temperar com o azeite.</p>	<p><b>Filetes de Pescada com Legumes e Batata a Murro</b></p> <p><u>Ingredientes:</u>  4 filetes de Pescada  8 Batatas pequenas  2 Limões grandes  1 cebola grande  4 dentes de alho  1 courgette  3 cenouras  ½ pimento vermelho  ½ pimento verde  Azeite q.b.  Sal e pimenta q.b.</p>	<p><b>Sopa Verde com Couve-Flor e cenoura</b></p> <p>2 cenouras  1 cebola grande  1 courgette  1 nabo  1 couve-flor pequena  ½ alface  2 colheres de sopa de azeite  Sal q.b.</p>	



**APÊNDICE XII Panfletos com informação sobre pé diabético e insulino-  
terapia**

Informação retirada de:

AFDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, em  
www.apdp.pt



USF A [REDACTED]



**PÉ DIABÉTICO**



CUIDADOS A TER  
COM OS PÉS

Forémão, 2019

**CUIDADOS A TER COM OS PÉS**

**APRENDA A OBSERVAR  
E A CUIDAR DOS SEUS  
PÉS**

- Observe os pés **DIARIAMENTE** para verificar se há feridas, calosidades ou qualquer outra alteração cutânea;
- Lave os pés todos os dias e seque-os muito bem, sem esquecer de secar entre os dedos;
- Escolha calçado adequado e confortável;
- Use sapatos sempre com meias;
- Evite andar descalço;
- Use meias de Algodão sem costuras nem elásticos.

**O que é o PÉ DIABÉTICO?**

A diabetes pode afetar as terminações nervosas dos pés e consequentemente uma diminuição da sensibilidade, temperatura e da sensação de dor. Assim, quando surge uma lesão, como existe esta diminuição de sensibilidade e dor pode haver um agravamento da lesão inicial sem que a pessoa se aperceba.

As feridas que aparecem num pé com perda de sensibilidade, e com circulação sanguínea deficiente infetam facilmente e são mais difíceis de tratar.

**CONSULTE FREQUENTEMENTE  
UM PROFISSIONAL DE SAÚDE  
PARA VERIFICAR A SENSIBILIDADE  
E CIRCULAÇÃO DOS SEUS  
PÉS.**

**APRENDA A OBSERVAR  
E A CUIDAR DOS SEUS  
PÉS**

- Se tiver dificuldade em observar os seus pés peça ajuda a alguém ou utilize um espelho;
- Se tiver frio use meias de lã e nunca botijas de água quente, pois pode fazer uma queimadura;
- Utilize uma lima para limar as unhas dos pés, sempre em linha reta;
- Faça uma boa hidratação, mas não coloque creme entre os dedos.

**Como tratar a hipoglicemia grave**

Nesta situação se a pessoa está agitada, com alteração do estado de consciência ou mesmo inconsciente, a ajuda tem de vir de terceiros:

- Deitar o paciente de lado
- Fazer e colocar no interior da bochecha uma papa de açúcar
- Administrar glucagon 1 mg por via intramuscular ou ~~subcutânea~~
- Contactar o INEM (112) e expor de forma clara a situação e a sua gravidade

Uma nota importante: No primeiro passo, a ingestão deve ser realmente de açúcar e não de outro alimento rico em açúcar. O recomendado é que tenha sempre 3 a 4 pacotes de açúcar na carteira.

**Informação retirada de:**

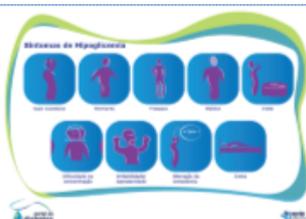
APDP: Associação protetora dos Diabéticos de Portugal, em [www.apdp.pt](http://www.apdp.pt)



**Insulinoterapia**

**Guia prático de Ensino**

Portimão, 2019



**Como tratar a hipoglicemia moderada**

Quando surgem sintomas de hipoglicemia a primeira coisa a fazer é uma pesquisa de glicemia. Se tem efetivamente os valores de glicemia abaixo dos **70 mg/dl** deve seguir os seguintes passos:

- Ingerir 10 a 15 gramas de açúcar diluído numa pequena quantidade de água ou sumo.
- Repetir pesquisa de glicemia 3 a 5 minutos após a ingestão de açúcar.
- Se os valores ainda não estão dentro dos valores normais deve repetir o primeiro passo até estabilizar a glicemia.
- Após a estabilização, dentro de 10 a 15 minutos deve fazer uma refeição rica em hidratos de carbono de absorção lenta, como pão, massas, bolachas de água e sal ou tostas.

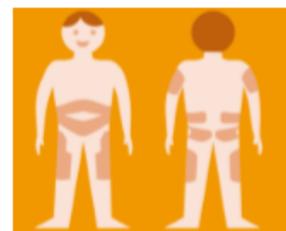
**Insulinoterapia**

**Locais de Administração de Insulina**

Deverá fazer-se uma rotação dos locais de administração de pelo menos 3 cm de distância do local da administração anterior.

**Como proceder:**

- Limpar bem a pele onde se irá proceder à administração de insulina;
- Introduzir as unidades de insulina a serem administradas na caneta e confirmar sempre se estão marcadas as unidades corretas;
- Realizar prega cutânea antes da administração;
- Administrar a insulina, verificando se foram administradas as unidades té ao fim;
- Contar 10 segundos;
- Retirar a caneta e desfazer a prega cutânea.



**Notas Importantes**

- As agulhas são descartáveis e de uso único.
- Quando se troca a agulha deve sempre preencher-se a nova com duas unidades de insulina, após isso, é que serão marcadas as unidades de insulina a administrar.
- A insulina apresenta boa estabilidade e deve ser devidamente armazenada a uma temperatura entre os 2 e os 8°.
- A insulina tem a validade de 1 mês após a abertura da embalagem.

**APÊNDICE XIII Resumo do artigo realizado no âmbito do estágio**

**Eficácia dos programas de educação da  
Pessoa Diabética tipo 2**

**Efficacy of Diabetic Person Type 2 Education Programs**

**Eficacia de los programas de educación  
de la persona diabética tipo 2**

Daniela Ortiz Lopes<sup>1</sup> (danielaortizlopes@gmail.com)

**Resumo**

**Objetivo:** Perceber a eficácia dos programas de educação para a saúde da Pessoa Diabética tipo 2 na sua gestão da doença. **Metodologia:** Realizada uma revisão sistemática pretendendo responder à questão "Serão os programas de educação para a saúde da Pessoa Diabética tipo 2 eficazes na gestão da sua doença?". O processo de pesquisa realizou-se no mês de novembro e dezembro de 2018, nas bases de dados B-On e EBSCO com os descritores: "Self care" and "health education" and "diabetes mellitus,type 2" and "program evaluation". Considerou-se como critérios de inclusão publicações em todos os idiomas e com data de publicação 2014 – 2018. Após processo de análise e validação,9 artigos constituíram a amostra. **Resultado:** A educação para a saúde, independente do método utilizado, é benéfica para a Pessoa com DM tipo 2, em algum dos parâmetros da gestão da doença avaliados. **Conclusão:** Os programas de educação para saúde são uma ferramenta fundamental na capacitação da Pessoa Diabética, atingindo resultados benéficos na gestão da doença. Estratégias de mudança de comportamento usando autoeficácia são

---

<sup>1</sup> Estudante do 2º Mestrado em Associação de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem de Setúbal 2017/2019

componentes-chave em programas de educação em saúde. É necessária uma predisposição das instituições de saúde, dos profissionais de saúde e dos utentes para um acompanhamento contínuo e a longo prazo.

**Descritores:** Autocuidado; Diabetes Mellitus Tipo 2; Educação em saúde; Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções e Enfermagem em Saúde Comunitária.

#### **Abstract**

**Objective:** Realize the effectiveness of Diabetes Type 2 health education programs in their management of the disease.

**Methodology:** A systematic review was carried out, aiming to answer the question: "Are the health education programs of the Type 2 Diabetic Person effective in the management of their disease?". The research process was carried out in November and December 2018, in the databases B-On and EBSCO with the descriptors: "Self care" and "health education" and "diabetes mellitus, type 2" and "program evaluation ". Inclusion criteria were publications in all languages and publication date 2014 - 2018. After the analysis and validation process, 9 articles formed the sample. **Results:** Health education, regardless of the method used, is beneficial for the person with type 2 DM at any of the parameters of disease management evaluated. **Conclusion:** Health education programs are a fundamental tool in the training of the Diabetic Person, achieving beneficial results in the management of the disease. Behavior change strategies using self-efficacy are key components in health education programs. Predisposition of health institutions, health professionals and users is necessary for continuous and long-term follow-up.

**Keywords:** Self care; Diabetes Mellitus, Type 2; Health education; Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions; Community Health Nursing.

### Resumen

**Objetivo:** Percibir la eficacia de los programas de educación para la salud de la Persona Diabética tipo 2 en su gestión de la enfermedad. **Metodología:** Realizada una revisión sistemática pretendiendo responder a la pregunta "¿Serán los programas de educación para la salud de la Persona Diabética tipo 2 eficaces en la gestión de su enfermedad?". El proceso de investigación se realizó en el mes de noviembre y diciembre de 2018, en las bases de datos B-On y EBSCO con los descriptores: "Self care" y "health education" y "diabetes mellitus, type 2" and "program evaluation ". Se consideró como criterios de inclusión publicaciones en todos los idiomas y con fecha de publicación 2014 - 2018. Después del proceso de análisis y validación, 9 artículos constituyeron la muestra. **Resultado:** La educación para la salud, independientemente del método utilizado, es beneficiosa para la persona con DM tipo 2, en alguno de los parámetros de la gestión de la enfermedad evaluados. **Conclusión:** Los programas de educación para la salud son una herramienta fundamental en la capacitación de la Persona Diabética, alcanzando resultados benéficos en la gestión de la enfermedad. Las estrategias de cambio de comportamiento usando autoeficacia son componentes clave en programas de educación en salud. Es necesaria una predisposición de las instituciones de salud, de los profesionales de la salud y de los usuarios para un seguimiento continuo ya largo plazo.

**Descriptores:** Autocuidado; Diabetes Mellitus Tipo 2; Educación en salud; Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones y Enfermería en Salud Comunitaria.