



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2!”

Empoderar a pessoa adulta diabética da UCSP de Ansião

Marta Sofia Marques Brás

Orientação: Mestre Edgar Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2!”

Empoderar a pessoa adulta diabética da UCSP de Ansião

Marta Sofia Marques Brás

Orientação: Mestre Edgar Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2

Marta Sofia Marques Brás

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Isaura Conceição Cascalho Serra

Orientador: Professor Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

Data:27/07/2020

Health promotion in the 21st century brings many challenges due to the rapid, ongoing changes in the population, workforce, technology, and health care environment. However, these challenges bring new opportunities for nurses, who, with other members of an interdisciplinary team, can create innovative plans to improve health.

Pender, Murdaught e Parsons, 2011: 336

AGRADECIMENTOS

Num percurso repleto de altos e baixos é fundamental deixar um agradecimento a todas as pessoas, que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho e sem as quais nada teria sido possível:

Pelo que agradeço:

- ✚ À Escola Superior de Saúde de Portalegre, pelos momentos de aprendizagem proporcionados ao longo deste mestrado;
- ✚ Ao Professor Edgar Canais pela orientação pedagógica, profissionalismo, disponibilidade, motivação e partilha de conhecimentos;
- ✚ À Enfermeira Júlia Santos, Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública pela orientação durante o estágio curricular, disponibilidade, apoio e partilha de conhecimentos;
- ✚ A toda a equipa da Unidade de Saúde de Ansião, pelo acolhimento e disponibilidade;
- ✚ Aos utentes que participaram no estudo, pois sem a sua colaboração não seria possível a concretização deste trabalho.
- ✚ Às colegas Rosa Silva, Andreia Duarte e amiga Ana Costa, pelo apoio, amizade e incentivo ao longo desta caminhada;
- ✚ À minha Família pela paciência, compreensão e apoio;
- ✚ Ao Marco Gaspar, pelo apoio incondicional, amor, incentivo nas fases difíceis, por não me ter deixado desistir e pela compreensão nos tantos momentos de ausência.

A todos o meu sincero obrigado!

RESUMO

Introdução: A Diabetes é uma patologia cuja prevalência tem aumentado de forma exponencial, sobretudo nos grupos etários mais jovens, sendo imprescindível a criação e implementação de estratégias que permitam prevenir e controlar a diabetes reduzindo a mortalidade prematura e a morbilidade. **Objetivo:** Empoderar o indivíduo adulto com diabetes tipo 2 na gestão da sua saúde e prevenção de complicações tardias. **Método:** O projeto de intervenção comunitária baseou-se na metodologia do planeamento em saúde. Procedeu-se a aplicação de instrumentos de recolha de dados aos utentes adultos com diabetes tipo 2 e realizaram-se sessões de educação para a saúde. **Resultados:** Verificaram-se défices de conhecimento na dimensão controlo da doença e sintomatologia e défices no autocuidado - adoção de uma alimentação saudável e atividade física. **Conclusão:** A educação para saúde é uma estratégia de intervenção eficaz no empoderamento e capacitação dos indivíduos com diabetes tipo 2. **Descritores:** Diabetes Mellitus tipo 2; adultos; empoderamento

ABSTRACT

Introduction: Diabetes is a pathology whose prevalence has increased exponentially, especially in younger age groups, it is essential to create and implement strategies to prevent and control diabetes, reducing premature mortality and morbidity. **Objective:** To empower the adult individual with diabetes type 2 in the management of their health and prevention of late complications. **Method:** The community intervention project is based on the health planning methodology. Data collection instruments were applied to adult users with diabetes type 2 and health education sessions were introduced. **Results:** There was a lack of knowledge in the dimension of the disease control, symptoms and deficits in self-care - adoption of a healthy diet and physical activity. **Conclusion:** Health education is an effective intervention strategy in the empowerment and training of individuals with diabetes type 2. **Descriptors:** Diabetes Mellitus type 2; adults; empowermen

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
ADA – *American Diabetes Association*
AGJ – Anomalia da Glicémia em Jejum
APA – *American Psychological Association*
APDP – Associação Protetora da Diabetes em Portugal
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BI – Bilhete de Identidade
bpm – batimentos por minuto
CC – Conselho da Comunidade
Cm – centímetro
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DG – Diabetes Gestacional
DGS – Direção Geral da Saúde
DM – Diabetes Mellitus
DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1
DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2
EESP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
UE – União Europeia
FGAD – *Fundación Grupo de Amigos de los Diabéticos*
FID – Federação Internacional da Diabetes
HbA1c – Hemoglobina glicada A1c
HTA – Hipertensão Arterial
ICN – *International Council of Nurses*
IDF – *International Diabetes Federation*
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
mg/dl – miligramas por decilitro

MODY – *Maturity Onset Diabetes of the Young*

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OND – Observatório Nacional da Diabetes

p.p – pontos percentuais

PA – Perímetro Abdominal

PIB – Produto Interno Bruto

PIN – Pinhal Interior Norte

PLS – Plano Local de Saúde

PND – Plano Nacional da Diabetes

PNPDC – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PTGO – Prova de Tolerância á Glicose Oral

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPPS – Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

TDJ – Tolerância Diminuída em Jejum

UCC – Unidade de Cuidados á Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

URAP – Unidade de Recursos Assistências Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	18
1 - ENQUADRAMENTO TEORICO	21
1.1 - DIABETES MELLITUS.....	21
1.3 - EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES - CONTEXTO MUNDIAL E EUROPEU.....	29
1.3.1- Epidemiologia da Diabetes - Contexto Nacional	36
1.4 - PROMOVER, CAPACITAR E EMPODERAR	38
1.5 - LITERACIA EM SAÚDE.....	40
1.6 - A INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	42
1.7-MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER.....	44
2 - METODOLOGIA	47
2.1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE	47
2.2 - METODOLOGIA UTILIZADA NA FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO..	50
2.3 - QUESTÕES ÉTICAS.....	51
3 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	53
3.1 - CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO E DA POPULAÇÃO RESIDENTE.....	53
3.3 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA UCSP DE ANSIÃO	57
3.2 - CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	59
3.4 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS E NECESSIDADES	59
4 - DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	64
5 - DEFINIÇÃO OBJETIVOS	66
6 - SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS	68
7 - PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO	71
7.1 - PREVISÃO DE RECURSOS	77
7.2 - CRONOGRAMA	78
8 - POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	80
9 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
9.1 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES.....	88
9.2 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES.....	91

10 - SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	95
11 - AVALIAÇÃO DO PROJETO	99
12 - REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	105
12.1 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	108
12.2 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
APÊNDICES.....	129
ANEXOS	177

ÍNDICE DE APÊNDICES

	f.
Apêndice I - Pedido de autorização ao Coordenador da USCP de Ansião	130
Apêndice II - Pedido de autorização à Comissão de Ética da ARS Centro	133
Apêndice III - Pedido de autorização de utilização de questionários	135
Apêndice IV - Termo de Consentimento Livre e Informado	137
Apêndice V - Questionário sociodemográfico	139
Apêndice VI - Ofícios para convite das Entidades Parceiras	141
Apêndice VII - Convite elaborado para os parceiros	146
Apêndice VIII - Convites elaborados para os utentes	148
Apêndice IX - Planeamento da Reunião com os Parceiros e das Sessões de Educação para a Saúde	150
Apêndice X - Folha de Presenças	155
Apêndice XI - Material disponibilizado nas sessões de educação para a saúde	157
Apêndice XII - Questionário de Avaliação dos Conhecimentos Adquiridos	163
Apêndice XIII - Certificado de Participação	165
Apêndice XIV - Cartazes de Divulgação das Sessões de Educação para a Saúde	167
Apêndice XV - Página do Facebook “Aprender a viver com Diabetes Mellitus tipo 2”	171
Apêndice XVI - Monitorização do Projeto	173
Apêndice XVIII - Resumo do Artigo de Revisão Integrativa da Literatura intitulado “Intervenções de enfermagem eficazes na promoção da saúde e do autocuidado nos indivíduos adultos com Diabetes Mellitus tipo 2”, elaborado pela mestranda	175

ÍNDICE DE ANEXOS

	f.
Anexo I - Autorização do Coordenador da UCSP de Ansião	178
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro	181
Anexo III - Parecer da Comissão de Formação, Investigação e Desenvolvimento científico-tecnológico, serviços á comunidade e serviços sociais do Instituto Politécnico de Portalegre	183
Anexo IV - Autorização da autora dos Instrumentos de recolha de dados	185
Anexo V - Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes	187
Anexo VI - Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes	189
Anexo VII - Meios de divulgação do projeto	192

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 - Número de pessoas com DM no mundo e por região em 2019, dos 20-79 anos..	29
Figura 2 - Percentagem de pessoas menores de 60 anos que morreram por DM.....	34
Figura 3 - Prevalência da DM, em Portugal na faixa etária 20-79 anos, em 2015.....	36
Figura 4 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	45
Figura 5 - Enquadramento geográfico do Pinhal Interior Norte na Região Centro.....	54
Figura 6 - Localização geográfica do concelho de Ansião.....	55
Figura 7 - Logótipo do projeto de intervenção comunitária “Aprender a Viver com a DM2”.....	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f.
Gráfico 1 - Número de pessoas com DM no mundo e por região em 2019, 2030 e 2045, dos 20-79 anos.....	30
Gráfico 2 - Prevalência estimada de DM na Europa por idade e sexo, em 2019.....	31
Gráfico 3 - Estimativa do número de pessoas com DM na faixa etária dos 20 aos 79 anos que vive em meio urbano e rural em 2019, 2030 e 2045.	32
Gráfico 4 - Número de mortes devido a DM em adultos (20-79 anos) por idade e sexo, em 2019 na região FID.	34
Gráfico 5 - Mortalidade por DM de acordo com a idade e o sexo na Europa, em 2019.....	35
Gráfico 6 - Despesas totais de saúde relacionadas ao diabetes para adultos (20 a 79 anos) com a DM de 2006 a 2019.....	35
Gráfico 7 - Distribuição da Prevalência da DM na população portuguesa por regiões, na faixa etária 25-74 anos, em 2015	37
Gráfico 8 - Pirâmides etárias da ARS Centro e do ACES PIN (estimativas 2016).....	54
Gráfico 9 - Óbitos por causa de morte (%) de 1981 a 2017.	57
Gráfico 10 - Pirâmide Etária dos utentes Inscritos nos CSP Ansião.....	58
Gráfico 11 - Utentes com DM por médico de família na UCSP.	62
Gráfico 12 - Utentes com DM por médico de família e género na UCSP	62
Gráfico 13 - Utentes com DM por médico de família e faixa etária, na UCSP.....	62
Gráfico 14 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	83
Gráfico 15 - Distribuição da amostra segundo o sexo.....	83
Gráfico 16 - Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	84
Gráfico 17 - Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade.	84
Gráfico 18 - Distribuição da amostra segundo a profissão.	85
Gráfico 19 - Distribuição da amostra de acordo com valor do Índice de Massa Corporal	85
Gráfico 20 - Distribuição da amostra de acordo com valor da HbA1c.....	86
Gráfico 21 - Distribuição da amostra de acordo com o número de refeições diárias.	87
Gráfico 22 - Distribuição da amostra de acordo com o número de refeições diárias.	88
Gráfico 23 - Percentagem de utentes com DM2, de acordo com o número de respostas corretas e erradas no geral.....	90
Gráfico 24 - Número de respostas correta ao questionário de avaliação de conhecimentos aplicado.....	102

INDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 - Critérios de Controlo Metabólico segundo a <i>American Diabetes Association</i> e a <i>International Diabetes Federation</i>	22
Quadro 2 - Critérios de Diagnóstico da DM.....	25
Quadro 3 - Critérios de Diagnóstico da hiperglicemia intermédia.....	25
Quadro 4 - Estimativa do número de pessoas com DM na faixa etária dos 20 aos 79 ano por sexo em 2019, 2030 e 2045.....	31
Quadro 5 - Estimativa do número de crianças e adolescentes com DM1 na faixa etária dos 0 aos 14 anos e dos 0 aos 19 anos em 2019.....	33
Quadro 6 - População residente (Nº) por local de residência e sexo.	56
Quadro 7 - Grupo etário da população inscrita na UCSP de Ansião, em 2019 de acordo com DL 298/200.	58
Quadro 8 - Gestão da Doença, UCSP de Ansião.....	58
Quadro 9 - Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo (ordem decrescente).	60
Quadro 10 - Determinantes de saúde : proporção de inscritos por diagnóstico no ACES PIN, em 2016.....	61
Quadro 11 - Cálculo dos Custo da Estratégia	78
Quadro 12 - Avaliação do número de participantes presentes na reunião, de acordo com os convocados.	100
Quadro 13 - Avaliação do número de participantes presentes na consulta de vigilância da DM, de acordo com os convocados e do número de respostas aos questionários.	101
Quadro 14 - Avaliação do número de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde de acordo com os convocados.....	101
Quadro 15 - Avaliação do número de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde de acordo com os convocados.....	102
Quadro 16 - Número de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões sobre o número total de utentes presentes na sessão de educação para a saúde.	103
Quadro 17 - Avaliação do número de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde de acordo com os convocados.....	103
Quadro 18 - Avaliação do número de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde de acordo com os convocados.....	103

ÍNDICE DE TABELAS

	f.
Tabela 1 - Planeamento das sessões de educação para a saúde	76
Tabela 2 - Cronograma de atividades.	79
Tabela 3 - Perímetro Abdominal [PA], em percentagem por sexo.	86
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com as dimensões.	90
Tabela 5 - Número de utentes de acordo com o nível de literacia.	91
Tabela 6 - Tabela de frequências absolutas e média de dias por semana de acordo com as 6 dimensões da escala de atividades de autocuidado da DM.	93

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem em Associação, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, na área de Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e descreve o estágio de intervenção comunitária realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] de Ansião, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte [ACES PIN].

Foi selecionado como área problemática tendo em conta a linha de investigação do mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [ECSP]: “necessidades de cuidados de enfermagem em população específica”.

A realização do diagnóstico de situação permitiu avaliar o estado de saúde da população, pelo que ficou demonstrado que a Diabetes Mellitus [DM], é uma problemática prioritária no concelho de Ansião. Através da pesquisa bibliográfica realizada e reunião com a enfermeira orientadora, tornou-se relevante direcionar o diagnóstico de situação para esta área.

A DM é uma doença crónica considerada um problema de saúde pública a nível mundial que não dá tréguas não só pelo aumento da sua incidência e prevalência, como também pela sua elevada morbilidade e mortalidade, sendo cada vez mais importante apostar na promoção da saúde e na prevenção da doença (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

O número de doentes afetados por esta patologia continua a aumentar, sendo mais significativo nos países em desenvolvimento, cujo o estilo de vida se vai aproximando do sedentarismo e dos hábitos alimentares pouco saudáveis (Ascensão et al, 2016).

É estimado que em 2019, 463 milhões de adultos com idades entre 20 e 79 anos vivam com DM. Isto representa 9,3% da população de todo o mundo nessa faixa etária. As perspetivas futuras não são animadoras pois prevê-se que em 2045 sejam 700 milhões (10,9%) de pessoas adultas com DM (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

Segundo a *World Health Organization* [WHO], (2016) é fundamental a implementação de hábitos de vida saudáveis, baseados na literacia em saúde, na gestão da doença, na otimização do controlo metabólico e controlo das complicações, pois só assim e possível obter ganhos em saúde.

Um dos principais problemas da DM passa pela não adesão ao tratamento sendo que um baixo nível de adesão afeta de forma negativa a evolução clínica da patologia bem como a qualidade de vida do indivíduo, o que se vai refletir em consequências pessoais, sociais e económicas (Pereira, Pedras, & Machado, 2012).

A literacia em saúde assume um papel importante na capacitação e empoderamento do indivíduo com DM na tomada de decisão relacionada com sua própria saúde. Para atingir um nível de saúde adequado é fulcral fornecer ao indivíduo a informação necessária, permitir a sua compreensão e avaliação. Tal vai determinar a forma como este interage com o sistema de saúde tanto na promoção da saúde como na prevenção da doença e/ou aparecimento de complicações ou nos próprios cuidados de saúde (Marques, 2015).

O nome do projeto de intervenção comunitária “Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2” decorre do facto de cada vez mais, ser imprescindível fornecer á população as ferramentas necessárias para que esta esteja devidamente e corretamente informada e saiba como lidar com a DM.

O enfermeiro especialista em ECSP, tem um papel influente junto do indivíduo, família e comunidade, na promoção da saúde e na prevenção da doença. Este através da aplicação de estratégias de promoção da saúde, possui uma ampla visão de planeamento e de identificação das áreas de atuação pelo que é preponderante na modificação de comportamentos e estilo de vida. Assim, é fulcral que exista a compreensão dos conceitos, teorias da ECSP e um conhecimento vasto no âmbito dos cuidados centrados na comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

Para justificar a conveniência da implementação deste projeto, foi tido por base o Programa Nacional de Saúde prioritário - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes [PNPCD], (2017-2020) no despacho nº 3052/2013 do Diário da República, 2ª serie – nº 40 – 26 de fevereiro de 2013, na orientação da DGS nº 003/2011. Deste modo, foi delineado para este projeto de intervenção Comunitária o objetivo geral: Empoderar a pessoa adulta com Diabetes Mellitus tipo 2 [DM2], inscrita na UCSP de Ansião na gestão da saúde e na prevenção do aparecimento de complicações tardias; e como objetivos específicos: demonstrar conhecimentos na dimensão da doença; adquirir conhecimentos sobre o aparecimento de complicações tardias e adquirir conhecimentos sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável.

A metodologia utilizada, como preconizado na unidade curricular e esperado nas competências do Enfermeiro Especialista em ECSP, foi a de planeamento em saúde segundo Imperatori, e Giraldes, com recurso ao suporte do modelo teórico de promoção da saúde de Nola Pender.

Estruturalmente o presente relatório inicia-se com o enquadramento teórico, onde é abordado a patologia da DM e a epidemiologia da problemática, suportado pela teoria de

enfermagem da promoção de saúde de Nola Pender. É ainda abordada a importância da promoção, empoderamento e capacitação do indivíduo, a literacia em saúde e a intervenção comunitária do Enfermeiro Especialista em ECSP.

Posteriormente, segue-se a etapa da metodologia onde são abordadas as etapas do planeamento em saúde, a metodologia utilizada na fase de implementação do projeto, e as questões de ética. De seguida procede-se a realização do diagnóstico de saúde com a caracterização do concelho e da população residente, caracterização da população inscrita na USCP de Ansião, dos recursos existentes, e é efetuada a identificação dos problemas e necessidades encontradas .

É efetuado posteriormente a priorização dos problemas, definidos objetivos, selecionadas estratégias e metas.

Posto isto, a intervenção realizada teve como objetivo conhecer o perfil das pessoas com DM2 no concelho de Ansião através da realização do diagnóstico de saúde a partir da qual é efetuada a apresentação e análise dos resultados de forma a permitir uma melhor capacitação da pessoa adulta com DM2 culminado na avaliação do projeto.

Numa última fase é realizada uma reflexão acerca das competências adquiridas no que diz respeito ao grau de mestre, competências comuns de Especialista e de Enfermeiro Especialista em ECSP e por fim é efetuada uma síntese do relatório.

O trabalho foi elaborado pelas normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Saúde de Portalegre, onde se encontra inserida a norma de referência bibliográfica *American Psychological Association*, [APA], 6.^a edição. Torna-se importante salvaguardar que este está redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEORICO

O enquadramento teórico também designado de fase conceptual caracteriza-se pela definição de um tema ou um domínio de investigação, tendo início quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação. Essa ideia pode resultar de uma observação, da literatura, de uma inquietação pessoal, ou mesmo de um conceito (Silva, 2011:23).

Ao longo deste capítulo procede-se assim á fundamentação da problemática em estudo, definindo-se e clarificando conceitos com o objetivo de dar suporte á intervenção através da pesquisa bibliográfica .

1.1 DIABETES MELLITUS

A DM é uma das doenças crónicas mais frequentes a nível mundial, sendo considerada um problema de saúde pública com grande impacto social e económico, tanto a nível de produtividade como de custos que acarreta (Atlas da Diabetes da FID – Oitava Edição - 2017). É uma patologia que está presente em todas as faixas etária, com tendência para o aumento com a idade em ambos os géneros (Observatório Nacional da Diabetes [OND], 2015).

É a designação utilizada para descrever uma desordem metabólica com múltiplas etiologias, caracterizada por uma hiperglicemia crónica consequente de distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas. É uma doença que resulta da deficiência na secreção e/ou ação da insulina, ou de ambas (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2015).

A insulina é uma hormona peptídea produzida nas células β , que permite a entrada de glicose nas células, para serem convertidas em energia necessária para a regulação do metabolismo energético dos tecidos (hepático, muscular e o adiposo) (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição - 2019).

A hiperglicemia é caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, em alguns casos pela insuficiente produção, noutros pela insuficiente ação da insulina ou pela combinação destes dois fatores (OND, 2015).

As pessoas diabéticas não absorvem de forma adequada a glicose, mantendo-se assim, na corrente sanguínea o que acaba por danificar os tecidos causando múltiplas complicações (IDF, 2019).

Consideram-se no quadro 1, os seguintes resultados glicémicos como objetivos no controlo metabólico de acordo com a *American Diabetes Association* [ADA], (2017) e a *International Diabetes Federation* [IDF], (2019):

CONTROLO METABÓLICO

ADA (2017)	IDF (2019)
Jejum/Pré-Prandial: 80 – 130 mg/dl;	Jejum/Pré-Prandial: <115 mg/dl;
Pós-Prandial: <180 mg/dl;	Pós-Prandial: <160 mg/dl;
HbA1c (%) :<7,0%.	HbA1c (%) :<7,0%.

Quadro 1 – Critérios de Controlo Metabólico segundo a *American Diabetes Association* e a *International Diabetes Federation*.¹

É utilizado o termo pré-diabetes para designar os indivíduos que apresentam níveis de glicose elevados não sendo considerado valores normais, mas que não vão ao encontro dos critérios estabelecidos para o diagnóstico. Deste modo, define-se pré-diabetes pela presença de Anomalia da Glicémia em Jejum [AGJ] ou Tolerância Diminuída a Glicose [TDG] ou HbA1C entre 5,7-6,4% (39-47 mmol / mol) (ADA, 2019).

Segundo a DGS (2011):

“(…) tanto a AGJ como a TDG, isoladamente ou em conjunto, identificam grupos de indivíduos que se encontram em estádios distintos da alteração do metabolismo da glicose, para os quais existe um risco aumentado em relação à população normoglicémica, de vir a desenvolver DM e doença cardiovascular” (DGS, 2011:4).

A HbA1c resulta de uma reação não enzimática, lenta e irreversível (glicação), entre a glicose que circula no sangue e os grupos amina livres existentes na hemoglobina dos eritrócitos. Previamente à glicação, ocorre uma reação enzimática reversível (glicosilação), por meio de glicosiltransferases, formando-se uma HbA1c lábil ou préHbA1c, que pode interferir com alguns ensaios, embora isso não aconteça, presentemente, na maioria dos métodos laboratoriais(DGS, 2012). Esta é considerada por rotina a todos os indivíduos com DM para controlo dos valores da glicémia através da realização de uma análise ao sangue efetuada pelo menos semestralmente. Contudo, pode ser realizada com uma maior frequência dependente do tratamento e dos objetivos terapêuticos preconizados (DGS, 2012).

Considera-se um valor de HbA1c>8% como um indicador de controlo metabólico inadequado, incitando a uma maior probabilidade de ocorrer o aparecimento de complicações (DGS, 2012).

¹ Disponível em:

http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf
https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-final-web.pdf

A HbA1c é um instrumento de monitorização em programas de avaliação da qualidade da prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, no âmbito do programa de vigilância da DM (DGS, 2012).

A classificação por tipo de DM é influenciada pelo momento em que foi realizado o diagnóstico, pelo que se torna fulcral compreender primeiramente a patogénese da hiperglicemia para posteriormente se poder tratar de forma eficaz a patologia (Barreiro, 2015).

De acordo com ADA, (2019) a DM pode ser classificada em quatro tipos: Diabetes tipo 1 [DM1], DM2, Diabetes Gestacional [DG], e outros tipos específicos de DM de causas menos comuns.

A DM1 também designada de DM insulínica. Tem origem na destruição das células β dos ilhéus de *Langerhans* responsáveis pela produção da insulina no pâncreas pelo sistema de defesa do organismo usualmente devido a uma reação autoimune (ADA, 2019).

Curiosamente nas etnias africanas e asiáticas, verifica-se o aparecimento de cetoacidoses episódicas com défices de insulina variáveis. No entanto, não está associado a um processo autoimune pelo que é designado de DM1 idiopática, sendo que a etiologia não é conhecida (ADA, 2019).

Este tipo de DM pode afetar pessoas de qualquer faixa etária, contudo é mais comum em crianças ou adultos jovens. A administração de terapêutica insulínica é indispensável para garantir a sobrevivência dos doentes (ADA, 2015).

A DM1 é menos frequente do que a DM2, contudo verifica-se que a sua incidência tem aumentado com provável relação com as alterações nos fatores de risco ambientais (OND, 2015).

A DM2 também conhecida como diabetes não insulínica, representa cerca de 90 a 95% de casos de DM existentes em todo o mundo. Este tipo de DM é comum no indivíduo adulto, usualmente após os 40 anos de idade, contudo observa-se a tendência para um aparecimento em idades mais precoces (ADA, 2019).

A DM2 advém numa incapacidade de o corpo responder de forma adequada à ação da insulina produzida pelo pâncreas. Os doentes com DM2 apresentam uma diminuição da função das células- β , mais exatamente cerca de menos 50%, no momento do diagnóstico, em comparação com os indivíduos saudáveis. A perda da função das células- β advém num controlo deficiente da glucose nestes doentes e acelera a progressão das complicações diabéticas (Kondo et al, 2015).

“A fisiopatologia da DM2 é multifatorial, envolvendo vários mecanismos genéticos e ambientais e que incluem a diminuição da sensibilidade à insulina nos tecidos periféricos, a alteração da secreção pancreática de insulina (disfunção das células beta), a secreção inapropriada de glucagon (disfunção das células alfa) com aumento da sensibilidade hepática a essa hormona, alterações no chamado efeito incretina, uma importante associação com a obesidade e a acumulação da gordura visceral com alteração do

metabolismo da gordura e aumento da lipólise, disfunção de neurotransmissores e finalmente aumento da reabsorção renal da glicose” (Hafe, 2015: 15).

A DM2 é maioritariamente assintomática, ou seja, pode passar despercebida por um longo período de tempo, sendo assim difícil o diagnóstico. Deste modo, só é detetada devido ao aparecimento de outras complicações que se manifestam ou, até mesmo, por um resultado alterado nas análises de rotina (valores anormais de glicose no sangue e/ou na urina) (OND, 2015).

A pessoa com DM2 não é dependente de insulina exógena e não está propensa a cetose, contudo pode ser necessário instituir a terapia insulínica para controlo da hiperglicemia quando a adequação da dieta e a terapêutica não insulínica não resulta (Associação Protetora da Diabetes em Portugal [APDP], 2015).

É associado a DM2 às rápidas alterações culturais, sociais, ao envelhecimento da população, alterações alimentares, falta de atividade física, padrões comportamentais e estilos de vida pouco saudáveis (OND, 2015).

Os fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento da DM2 são: história familiar de DM; excesso de peso; alimentação pouco saudável e não equilibrada; falta de atividade física; aumento da idade; Hipertensão arterial [HTA]; etnia; intolerância à glicose; história de DG e má nutrição durante a gravidez (Federação Internacional da Diabetes [FID], 2013).

Existe uma grande percentagem de pessoas com DM2 com obesidade o que agrava a insulinoresistência (ADA, 2019).

Por sua vez, a DG é caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, que surge pela primeira vez durante a gravidez. É usualmente diagnosticada em caso de valores anormais no primeiro trimestre com recurso à Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO) efetuada entre as 24-28 semanas. Normalmente a tendência é para desaparecer no pós-parto, contudo existe a necessidade de realizar se uma reavaliação. Tal procedimento visa reclassificar o tipo de DM, visto que existe uma maior probabilidade de desenvolvimento de DM2 futuramente (APDP, 2015).

A DG é associada ao risco acrescido de obesidade e de perturbações do metabolismo da glicose, durante a infância e a vida adulta dos descendentes (OND, 2015).

Existem ainda, outros tipos de DM que resultam de processos etiopatogénicos identificados decorrentes de defeitos genéticos na função das células β , designados por *Maturity Onset Diabetes of the Young* [MODY], endocrinopatias diversas, diabetes induzida por fármacos, doenças do pâncreas exócrino ou provocado por infeções, entre outros tipos menos comuns (SPD, 2015).

O diagnóstico da DM é realizado tendo por base a glicemia em jejum, a glicemia ocasional relacionada com os sintomas apresentados, a glicemia na PTGO e dos valores de HbA1c que

o diagnóstico pode ser feito. Assim, de acordo com a norma da DGS Nº 2/2001, de 14/01/2011 os critérios de diagnóstico da DM têm por base o quadro 2.

Critérios de Diagnóstico da Diabetes Mellitus
a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l);
Ou
b) Sintomas clássicos de descompensação + Glicémia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l);
Ou
c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) as 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose;
Ou
d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5$ %.

Quadro 2-Critérios de Diagnóstico da DM
Fonte: DGS, 2011:1²

A hiperglicemia intermédia (pré-diabetes) ocorre quando a pessoa apresenta níveis de glicose no sangue superiores aos valores normais, podem ter AGJ ou TDG, ou ambas as condições em simultaneamente. Contudo os valores não são suficientemente elevados para se poder classificar como DM (SPD, 2015).

De acordo com a norma da DGS Nº 2/2011, de 14/01/2011, os critérios de diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou de identificação do risco aumentado de desenvolver DM, têm por base o quadro seguinte :

- | |
|---|
| a) Anomalia da Glicemia em Jejum (AGJ) – Glicemia em jejum ≥ 110 mg/dl e < 126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $< 7,0$ mmol/l); |
| b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG) – Glicemia às 2 horas após a ingestão de 75 g de glicose ≥ 140 mg/dl e < 200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $< 11,1$ mmol/l). |

Quadro 3– Critérios de Diagnóstico da hiperglicemia intermédia
Fonte: Direção Geral da Saúde (DGS), 2011:1³

O diagnóstico de DG deve ser efetuado na primeira consulta de gravidez, e tem por base os valores de plasma venoso da glicemia em jejum (DGS, 2011).

Deste modo, de acordo com a DGS (2011) o diagnóstico de DG faz-se tendo por base os critérios seguintes:

- Glicemia de jejum, a realizar na 1.^a consulta de gravidez, ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl (ou $\geq 5,1$ e $< 7,0$ mmol/l);
- Se glicemia de jejum < 92 mg/dl, realiza-se PTGO com 75 g de glicose, às 24-28 semanas de gestação.

É considerado um diagnóstico positivo, quando existe a presença de um ou mais dos seguintes valores:

² Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>

³ Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>

- 1) “às 0 horas, glicemia \geq 92 mg/dl (ou \geq 5,1 mmol/l)”;
- 2) “à 1 hora, glicemia \geq 180 mg/dl (ou \geq 10,0 mmol/l)”;
- 3) “às 2 horas, glicemia \geq 153 mg/dl (ou \geq 8,5 mmol/l)” (DGS, 2011).

Os sintomas da DM são distintos e diferem de acordo com a quantidade de glicose, ou seja, caso se trate de uma hipoglicemia ou de uma hiperglicemia (APDP, 2017).

Perante uma hipoglicemia, verifica-se a seguinte sintomatologia de acordo com a APDP, (2017): dificuldade em raciocinar; tremores; palidez; palpitações; formigueiro nos lábios e língua; convulsões; perda de consciência e no caso mais grave pode conduzir ao coma .

No caso de uma hiperglicemia observam-se os sintomas seguintes: visão turva; xerostomia; sudação excessiva; cansaço; prurido generalizado com maior incidência na área genital; polidipsia; polifagia e poliúria (APDP, 2017).

A DM2 é na sua grande maioria uma patologia assintomática. Pode passar despercebida durante anos e os sintomas, por vezes, só surgem quando se verificam hiperglicemias constantes. Deste modo, torna-se fundamental que exista uma avaliação global do indivíduo desde a etiologia da DM, á presença ou não de complicações tardias ou outras condições associadas (OND, 2015).

A DM é uma das principais causas de morte, estando associada à doença coronária, HTA e ao Acidente Vascular Cerebral [AVC], (SPD,2015).

A evolução da doença é normalmente lenta e assintomática, pelo que conduz a um diagnóstico tardio em que as complicações se vão instalando progressivamente (Perez et al, 2013).

Relativamente ás complicações decorrentes da DM, estas podem ser classificadas em agudas que incluem a cetoacidose, a hiperglicemia hiperosmolar, a hipoglicemia e em complicações tardias /crónicas da DM .Estas dividem-se em complicações microvasculares e complicações macrovasculares (APDP, 2015).

A cetoacidose é caracterizada como uma complicação aguda da DM e consiste numa hiperglicemia $>$ 250 mg/dl, acidose metabólica pH $<$ 7,30 e Bicarbonato [HCO₃], $<$ 18 mEq/L e presença de corpos cetónicos séricos ou urinários.

A hiperglicemia hiperosmolar caracteriza-se por uma hiperglicemia $>$ 600 mg/dl, osmolaridade sérica $>$ 320 e ausência de corpos cetónicos significativos. Por sua vez, a hipoglicemia ocorre quando os valores de glicémia capilar são \leq 70 mg/dl. Esta diminuição nos valores de glicose no sangue faz com que o organismo reaja através da libertação de adrenalina a partir das glândulas supra-renais, o que estimula a libertação de glicose contidas nas reservas do organismo (APDP, 2015).

A falta de cuidados específicos e um inadequado controlo da doença são responsáveis pelo aparecimento das complicações tardias e/ou crónicas. Estas provocam uma elevada morbidade e mortalidade (Guerra, 2012). Tais lesões incluem:

- A nefropatia diabética, resulta de alterações renais funcionais e estruturais, caracterizadas pela excreção de quantidades crescentes de albumina na urina e de uma função renal decrescente. Normalmente surge associada a outros tipos de complicações, nomeadamente cardiovasculares e retinopatia; nos casos mais grave pode provocar insuficiência renal (APDP, 2015).
- A retinopatia diabética é uma das principais causas de perda grave de visão e ocorre devido à existência de uma hiperglicemia crónica. Esta desvia o metabolismo da glicose para vias alternativas, formando fatores inflamatórios que provocam um processo de enfraquecimento dos capilares originando a quebra da barreira hematorretiniana. Assim, possibilita a formação de microaneurismas e extravasamento de plasma para o interstício, resultando em hemorragias e edema (APDP, 2015).
- Lesões neurológicas e neuropatia diabética, que resultam de lesões nos nervos do organismo. Na neuropatia diabética, o quadro mais comum é a polineuropatia periférica, cujos sintomas incluem alteração da sensibilidade, parestesias, hiperestésias e dor (Guerra, 2012).
- O pé diabético é uma das complicações mais recorrentes da DM, sendo responsável pela maioria das amputações em Portugal. Verifica-se que cerca de 25% dos indivíduos com DM têm condições que aumentam o risco de pé diabético (APDP, 2015).
- Doença do foro dentário, devido á elevada concentração de glicose no sangue pode possibilitar o aparecimento de infeções nas gengivas (Guerra, 2012).
- Disfunção sexual, que resulta de uma lesão ao nível dos nervos que regulam a resposta sexual ou lesões ao nível das artérias, que levam sangue para os órgãos sexuais (APDP, 2015).
- As complicações macrovasculares incluem a doença cardíaca, arteriopatia coronária, enfarte do miocárdio, AVC, aterosclerose, claudicação intermitente e gangrena nos membros inferiores. Nos homens pode originar disfunção sexual de causa vascular (APDP, 2015).

É ainda necessário considerar os fatores de risco como a idade, a hipercolesterolemia, Obesidade, HTA, mau controlo metabólico, tabagismo, neuropatia vascular, doença vascular periférica, deformações ortopédicas, inadequado controlo metabólico e traumatismos (APDP, 2015).

Com a existência de um controlo rigoroso da hiperglicemia e a vigilância dos órgãos mais sensíveis tais como os olhos, nervos periféricos, os rins, o coração e o sistema periférico é possível diminuir os danos causados pelo aumento constante da glicose (SPD, 2015).

Os principais objetivos no tratamento da DM passam pela compensação e controlo metabólico, prevenção das complicações agudas e prevenção ou retardamento do desenvolvimento de complicações crónicas (APDP, 2015).

O tratamento da DM tem como principais pilares a compensação metabólica e a normalização dos valores glicémicos ao longo do dia. Contudo, tem de se ter em atenção que as pessoas não são todas iguais e que é necessário um tratamento individualizado, de acordo com o tipo de DM presente (ADA, 2015).

O tratamento da DM1 engloba a insulinoterapia, visto que o pâncreas deixa de produzir a insulina necessária para o organismo, a autovigilância, a educação da pessoa, a alimentação equilibrada e o exercício físico regular. É importante que exista conhecimento acerca de si próprio e da doença para que exista um melhor controlo (APDP, 2015).

O tratamento da DM2 passa essencialmente pela compensação através de uma alimentação saudável e equilibrada, na realização de exercício físico regular, na administração de fármacos orais e/ou injetáveis (insulínicos ou não insulínicos) (APDP, 2015).

Pode ser necessário a implementação da insulinoterapia, quando os antidiabéticos orais e o regime alimentar não são suficientes para controlar a situação metabólica (APDP, 2015).

Sabe-se atualmente, que a auto-monitorização regular na DM2 só é útil em pessoas tratadas com fármacos hipoglicemiantes, que tenham mau controlo metabólico ou que tenham patologias. Por exemplo alterações na hemoglobina e anemias pressupõem se que a avaliação da glicemia capilar deverá ser realizada segundo as indicações do médico (ADA, 2019).

Deste modo, o tratamento da DM assenta na tríade alimentação, exercício físico e terapêutica. É necessário um equilíbrio entre estes 3 pilares, pois um desequilíbrio num deles vai se refletir diretamente nos outros, impedindo que o tratamento seja eficaz (APDP, 2015).

Está provado que a associação da DM a outras patologias como a HTA, a dislipidemia e a hipercolesterolemia agrava as complicações da DM, pelo que é necessário também um controlo regular destes fatores de risco (OND, 2015).

A ADA (2019) estabelece algumas metas terapêuticas, que devem estar presentes para que exista um controlo glicêmico adequado sendo estas:

- a) Controlo da glicemia: A1C < 7%; glucose plasmática capilar pré-prandial 80-130 mg/dl (4,4-7,2 mmol/L) e pico pós-prandial de glucose plasmática capilar < 180 mg/dl (< 10,0 mmol/l);
- b) Controlo da pressão arterial: pressão arterial sistólica < 140 mg/dl e pressão arterial diastólica < 90 mmHg;
- c) Lípidos: LDL < 100 mg/dL (< 2,6 mmol/L); HDL > 40 mg/dL (> 1,1 mmol/L) e triglicérideos < 150 mg/dL (< 1,7 mmol/L).

1.3 EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES – CONTEXTO MUNDIAL E EUROPEU

A DM é uma séria ameaça á saúde global que não tem limites e tem atingido níveis alarmantes: atualmente quase meio bilhão de pessoas sofrem desta patologia em todo o mundo. As pessoas diabéticas correm o risco de desenvolver uma panóplia de complicações, que não sendo tratadas podem provocar a morte (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição - 2019).

É estimado que em 2019, existam mais de 463 milhões de pessoas em todo o mundo, na faixa etária dos 20 aos 79 anos, com DM, o que corresponde a uma prevalência de 9,3% na população adulta. As previsões para 2030 não são animadoras, pois estima-se um aumento de 10,2%, o que equivale a cerca de 578,4 milhões de pessoas com DM na faixa etária dos 20 aos 79 anos (figura 1). Em 2045 é previsto a existência de 700,2 milhões de pessoas adultas diabéticas, cerca de 10,9%. De salientar que é estimado que, em 2019, cerca de 464 mil pessoas não estejam ainda diagnosticadas (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição - 2019).

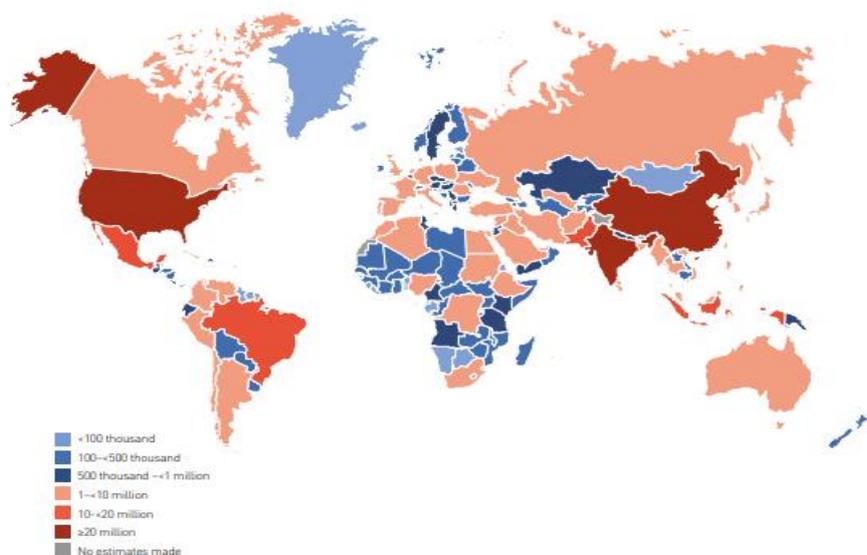


Figura 1- Número de pessoas com diabetes no mundo e por região em 2019 dos 20-79 anos.
Fonte: Atlas da Diabetes da FID, nona edição, 2019:43⁴.

Segundo a FID (2019), na faixa etária dos 20 aos 79 anos estima-se que:

- Na América do Norte e Caribe existam cerca de 48 milhões de pessoas diabéticas, em 2019, prevendo-se um aumento de 33% para 2045 que corresponde a 63 milhões de pessoas com DM;

⁴Disponível em :https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-final-web.pdf.

- Na América do Sul e Central existam cerca de 32 milhões de pessoas diabéticas, em 2019, com um aumento de 55% (49 milhões de pessoas) estimado para 2045;
- No Norte de África e Médio Oriente existam cerca de 55 milhões de pessoas diabéticas, em 2019, com um aumento esperado para 2045 de 96% (108 milhões de pessoas);
- Em África existam 19 milhões de pessoas diabéticas, em 2019, com um aumento esperado para 2045 de 143% (47 milhões de pessoas);
- No Sudoeste Asiático existam cerca de 55 milhões de pessoas diabéticas, em 2019, com um aumento esperado para 2045 de 74% (153 milhões de pessoas);
- No Pacífico existam cerca de 163 milhões de pessoas diabéticas, em 2019, com um aumento esperado para 2045 de 31% (212 milhões de pessoas);

Na Europa mantém-se a tendência observada a nível mundial. Em 2019, existiam aproximadamente 59 milhões de pessoas (8,9%) com DM na faixa etária dos 20 aos 79 anos. Estima-se que em 2045 exista um aumento de 15% o que corresponde a 68 milhões de pessoas com DM (gráfico 1). É de evidenciar que é estimado que cerca de 24,2 milhões de pessoas não estejam ainda diagnosticados (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição - 2019).

Embora a Europa tenha a prevalência comparativa de DM mais baixa que em qualquer região da FID, existem muitos países com taxas de prevalência de DM relativamente altas (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição - 2019).

De acordo com o Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição (2019), existe cerca de 351,7 milhões de pessoas diabéticas em idade laboral (20 a 64 anos) e 135,5 milhões (19,3%) de pessoas diabéticas dos 65 aos 99 anos. Prevê-se que o número de pessoas em idade laboral com DM aumentará para 486,1 milhões e que o número de pessoas diabéticas de 65 a 99 anos aumentará para 276,2 milhões para 2045 (gráfico 2).

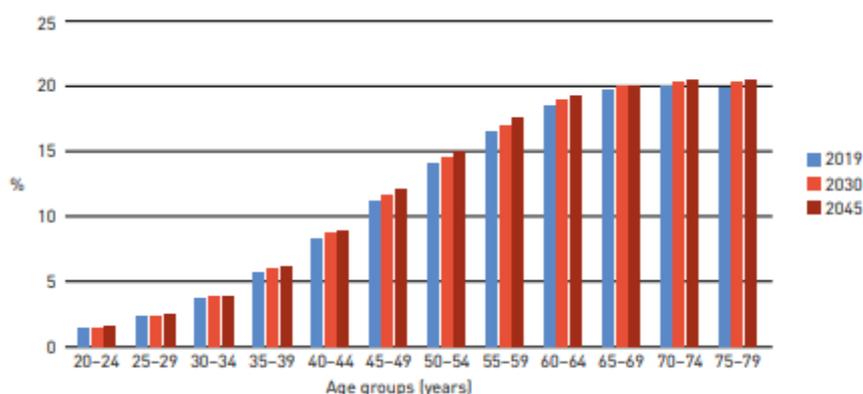


Gráfico 1- Número de pessoas com DM no mundo e por região em 2019, 2030 e em 2045, dos 20-79 anos.

Fonte: Atlas da Diabetes da FID –Nona Edição, 2019:43⁵.

⁵ Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-final-web.pdf

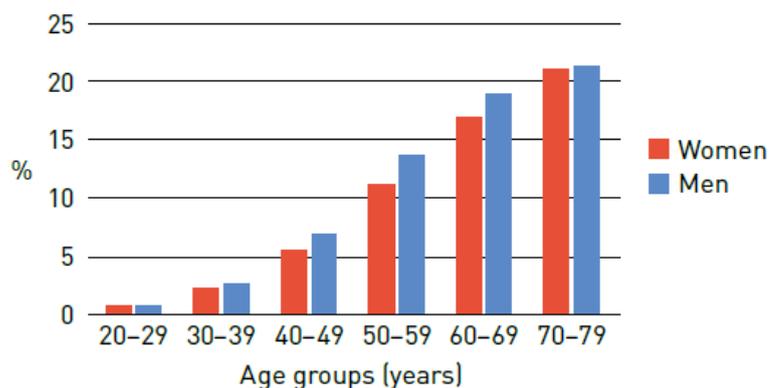


Gráfico 2- Prevalência estimada de DM na Europa por idade e sexo, em 2019.
Fonte: Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição, 2019:73⁶.

Estima-se que a prevalência de DM entre as mulheres de 20 a 79 anos é de 9,0%, que é ligeiramente inferior à dos homens (9,6%). Os homens com DM são cerca de 17,2 milhões a mais que as mulheres com a mesma patologia (quadro 3) (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019). Verifica-se ainda, que em 2019 existia uma maior prevalência de DM na faixa etária dos 20 aos 79 anos, no meio urbano (310,3 milhões de pessoas) em relação ao meio rural (152,6 milhões de pessoas). Prevê-se que o número de pessoas com DM em áreas urbanas aumentará para 415,4 milhões em 2030 e para 538,8 milhões em 2045, resultado da urbanização global (gráfico 4) (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

	2019		2030		2045	
	Number of people with diabetes (millions)	Prevalence (%)	Number of people with diabetes (millions)	Prevalence (%)	Number of people with diabetes (millions)	Prevalence (%)
Men	240.1	9.6	296.7	10.4	357.7	11.1
Women	222.9	9.0	281.8	10.0	342.5	10.8

Quadro 4 - Estimativa do número de pessoas com DM na faixa etária dos 20 aos 79 ano por sexo em 2019, 2030 e 2045.

Fonte: Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição 2019:43⁷.

⁶ Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-final-web.pdf

⁷ Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-final-web.pdf

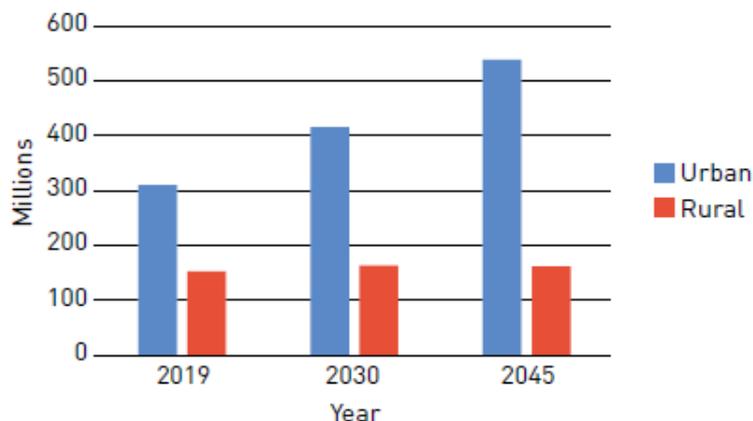


Gráfico 3- Estimativa do número de pessoas com DM na faixa etária dos 20 aos 79 anos que vive em meio urbano e rural em 2019, 2030 e 2045.

Fonte: Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição 2019:44⁸.

Segundo os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2018), as taxas de prevalência da DM aumentaram nos últimos anos devido ao aumento da obesidade, do sedentarismo e das complicações inerentes ao envelhecimento da população.

A DM2 que antes se via principalmente em pessoas com idade mais avançada, hoje observa-se, cada vez mais, em crianças e jovens (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

O número de crianças e adolescentes com DM têm crescido progressivamente nos últimos anos, pelo que é verificado que na Europa quase todas as crianças e adolescentes têm DM1. Contudo noutras regiões do globo, como por exemplo o Japão a DM2 é mais comum do que a DM1 nessa faixa etária (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

Estima-se que mais de 98.200 crianças e adolescentes com menos de 15 anos sejam diagnosticados com DM1 anualmente. O número é estimado em mais de 128.900 quando a faixa etária se estende para os 20 anos. No total, 1110.100 de crianças e adolescentes abaixo de 20 anos são estimados para ter DM1 em todo o mundo. Em países com acesso limitado à terapêutica e aos serviços de saúde verifica-se que as crianças e adolescentes com DM1, mesmo quando corretamente diagnosticadas, enfrentam sérias complicações e consequentemente morte prematura (quadro 5) (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

⁸Disponível em :https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-final web.pdf

Em comparação com outras regiões da FID, a Europa tem o maior número de crianças e adolescentes (0 a 19 anos) com DM1 com 296.500 afetados. A região também tem uma das maiores taxas de incidência de DM1 em crianças e adolescentes com uma estimativa de 31.100 novos casos por ano (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

Population (0-14 years)	1.98 billion
Population (0-19 years)	2.58 billion
Type 1 diabetes in children and adolescents (0-14 years)	
Number of prevalent (existing) cases of type 1 diabetes	600,900
Number of incident (new) cases of type 1 diabetes per year	98,200
Type 1 diabetes in children and adolescents (0-19 years)	
Number of prevalent (existing) cases of type 1 diabetes	1,110,100
Number of incident (new) cases of type 1 diabetes per year	128,900

Quadro 5 - Estimativa do número de crianças e adolescentes com DM1 na faixa etária dos 0 aos 14 anos e dos 0 aos 19 anos em 2019.

Fonte: Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição 2019:53⁹.

Relativamente a DM2 em crianças e adolescentes, existem evidências que têm aumentado em alguns países. Contudo os dados confiáveis são escassos. Assim, como na DM1, muitas crianças e adolescentes correm o risco de desenvolver complicações precocemente na idade adulta, o que colocaria um fardo significativo na família e na sociedade. Com o aumento dos níveis de obesidade e inatividade física entre crianças e adolescentes em muitos países, a DM2 na infância tem o potencial de se tornar um problema de saúde pública global, levando a sérios desfechos de saúde (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

No que diz respeito á prevalência de TDG, em 2019, 373,9 milhões de adultos com idades entre os 20 e 79 anos no mundo, (7,5% da população adulta), são estimados para ter TDG. A grande maioria (72,2%) vive em países de baixa e média renda. O número de adultos de 20 a 79 anos com TDG projetada para 2045 é de 548,4 milhões , ou seja, 8,6% da população adulta (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

Na Europa é estimado, em 2019, na faixa etária dos 20 aos 79 anos que 36,6 milhões de adultos apresente TDG , prevendo-se que em 2045 ocorra um aumento de 50,1% (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

A DM ocupa o oitavo lugar entre as principais causas de morte em ambos os sexos e o quinto nas mulheres. Já em 2019, estima-se que cerca de 4,2 milhões de pessoas entre os 20 e os 79 anos morreram de DM e das suas complicações, o que equivale a uma morte a

⁹Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-finalweb.pdf

cada oito segundos. Cerca de 46,2% das mortes por DM no grupo etário de 20 a 79 anos, afetaram as pessoas menores de 60 anos nas regiões da FID (gráfico 4 e figura 2).

Na região Europeia, é estimado que na faixa etária dos 20 aos 79 anos, em 2019, existam cerca de 465.900 mortes (8,5% de todas as causas de mortalidade) atribuídas á DM e ás suas complicações. Estima-se que cerca de 31,4% dessas mortes sejam em pessoas com menos de 60 anos, o que reflete em parte a distribuição etária da população. No entanto também pode ser relacionado à melhoria das taxas de sobrevivência devido à melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados (gráfico 5) (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

A maior percentagem (10,8%) de mortes por DM de todas as causas a mortalidade é observada na faixa etária dos 50 aos 59 anos (Atlas da Diabetes da Federação Internacional da Diabetes – Nona Edição, 2019).

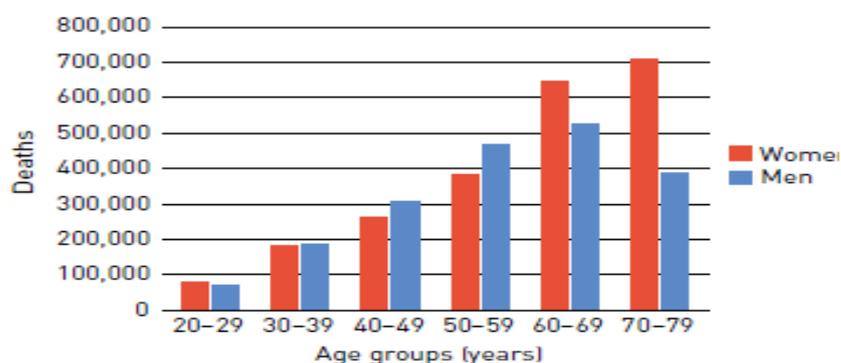


Gráfico 4 - Número de mortes devido a DM em adultos (20-79 anos) por idade e sexo, em 2019 na região FID.

Fonte: Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição 2019:60¹⁰.

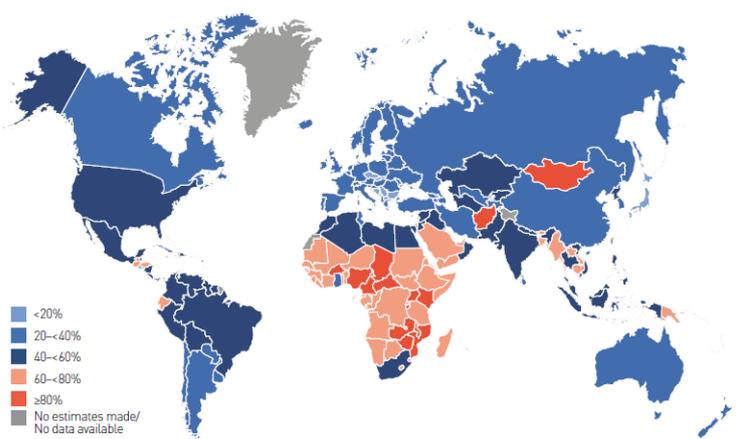


Figura 2 - Percentagem de pessoas menores de 60 anos que morreram por DM.

Fonte: Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição, 2019:61¹¹.

¹⁰Disponível em:https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-finalweb.pdf

¹¹Disponível em:https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-finalweb.pdf

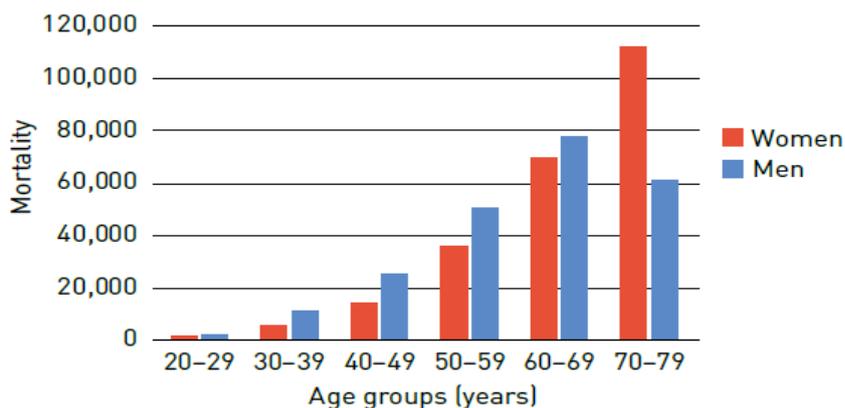


Gráfico 5 - Mortalidade por DM de acordo com a idade e o sexo na Europa, em 2019.
Fonte: Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição, 2019:61¹².

Nas últimas três décadas, a prevalência da DM aumentou em todos os países, quer em países de rendimentos mais baixos quer de rendimentos mais altos. Tal facto corresponde com o aumento mundial do número de pessoas com excesso de peso ou com obesidade (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição, 2019).

Segundo o Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição (2019), apesar da carga humana caracterizada pela mortalidade prematura e pela baixa qualidade de vida, devido a complicações relacionadas com a DM, esta patologia também impõe um impacto económico importante para os países, para os sistemas nacionais de saúde e sobretudo para as pessoas diabéticas e famílias. A evolução de gastos económicos tem sido aterradora, passando de 232000 milhões em 2007 para 727000 milhões em 2015 (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição, 2019).

Em 2019, a FID calcula que os gastos em saúde na DM chegarão a 760 bilhões de dólares na faixa etária dos 20 aos 79 anos, o que representa um aumento 4,5% em relação a 2017. Estima-se que estes gastos continuem a crescer e que em 2045 represente um aumento significativo de 11,2% (gráfico 6) (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição, 2019).

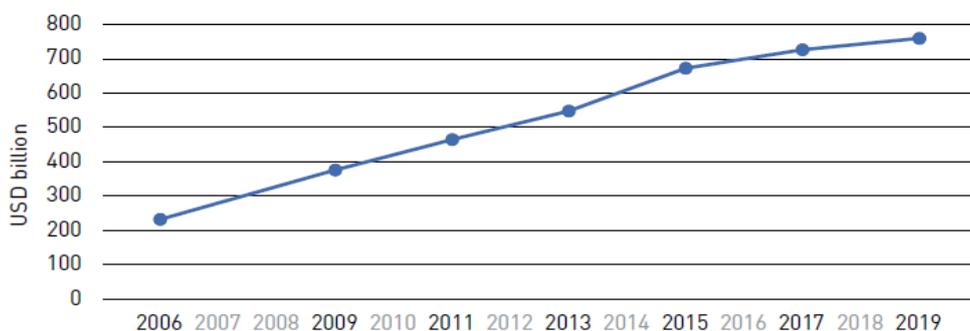


Gráfico 6 - Despesas totais de saúde relacionadas ao diabetes para adultos (20 a 79 anos) com a DM de 2006 a 2019.

Fonte: Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição, 2019:62¹³.

¹² Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9efinalweb.pdf

¹³ Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-finalweb.pdf

Por sua vez, na Europa em 2019, estima-se que o total de gastos com a DM é de 161,4 bilhões de dólares. Desta forma, é a terceira região da FID com o maior gasto global com a DM, representado 21,2%. Na faixa etária dos 20 aos 79 anos prevê-se um gasto com a DM de 168,5 bilhões de dólares e que em 2045 passe para 159,6 bilhões de dólares (Atlas da Diabetes da FID – Nona Edição, 2019).

1.3.1 Epidemiologia da Diabetes - Contexto Nacional

A prevalência da DM, em 2015, na população portuguesa na faixa etária entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) situava-se nos 13,3%, o que corresponde a mais de 1 milhão de pessoas neste grupo etário que sofre com esta patologia (figura 3) (OND, 2015). O envelhecimento demográfico verificado em Portugal, é responsável pelo aumento de 1,6 pontos percentuais (p.p.) na taxa de prevalência da DM no período entre 2009 e 2015 correspondendo a um aumento de 13,5%. A taxa de prevalência é constituída por 56% de pessoas diagnosticadas com DM e 44% de pessoas que ainda não estão diagnosticadas (OND, 2015).

O relatório da OCDE (2017) estima que a taxa de prevalência desta patologia, em Portugal, é de 9,9% nos adultos, pelo que se encontra acima da média da OCDE35 (7%).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico [INSEF], (2015), a prevalência da DM é mais elevada na população idosa entre os 65 e os 74 anos (23,8%) e afeta cerca de 10% da população portuguesa entre os 25 e os 74 anos.

A taxa bruta de prevalência por regiões, em Portugal é superior na região da Madeira (11,9%), Alentejo (10,7%), de Lisboa e Vale do Tejo (10,5%) e Açores (10,1%), seguindo-se a região do Minho (9,8%), o Norte (8,3%) e por fim o Algarve (7,7%) (gráfico 7) (INSEF, 2015).

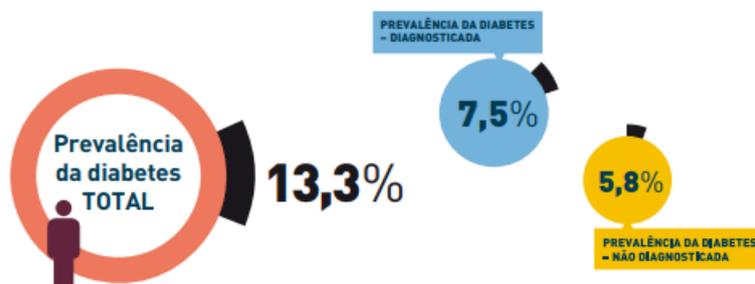


Figura 3 - Prevalência da DM, em Portugal na faixa etária 20-79 anos, em 2015.
Fonte: Observatório Nacional da Diabetes [OND], 2015:8.

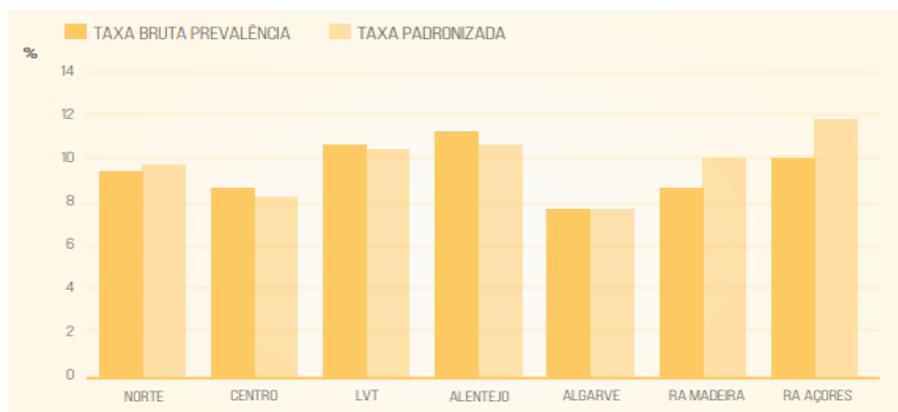


Gráfico 7- Distribuição da Prevalência da DM na população portuguesa por regiões, na faixa etária 25-74 anos, em 2015

Fonte: Ministério da Saúde [MS], 2018:24.

De acordo com o relatório anual OND, 2015 existe uma diferença estatística considerável na prevalência da DM entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%). Estima-se que cerca de 8,6% da população do género masculino e 6,4% do género feminino não esteja ainda diagnosticada. Na faixa etária dos 60 aos 79 anos, verifica-se uma maior prevalência da DM no género masculino (30,4%) e no género feminino (24,3%) seguindo-se a faixa etária dos 40 aos 59 anos com cerca de 17,6% no género masculino e 8,3% no género feminino. Na faixa etária dos 20 aos 39 anos, verifica-se uma prevalência de 2,5% no género masculino e 1,5% no género feminino.

Tendo por base o Estudo Prevadiab, 2015, verifica-se que o Índice de Massa Corporal [IMC], e a DM estão intimamente relacionados, visto que perto de 90 % da população diabética apresenta excesso de peso (49,2) ou obesidade (39,6%). A prevalência da DM nas pessoas obesas (IMC >= 30) é quatro vezes maior do que nas pessoas com IMC normal (IMC < 25) (OND, 2015).

A incidência da DM, ou seja, o número de novos casos na população base, tem apresentado um crescimento significativo cerca de 591,5 novos casos por 100000 indivíduos, em 2015, o que corresponde a um total de 61169 novos casos (OND, 2015).

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas originaram 5599 óbitos em 2016, menos 2,9% do que no ano anterior (5 766 óbitos). A DM é a causa que neste grupo apresenta um maior número de óbitos, cerca de 4 359, contudo apresentou uma redução de 1,1% em relação a 2015 (gráfico 24). Verifica-se ainda, que afeta principalmente o género feminino, com uma relação de masculinidade de 75,8 óbitos do género masculino por cada 100 óbitos do género feminino. O óbito por DM, em 2016, situa-se nos 3,9% do total de óbitos por DM, valor este considerado elevado relativamente ao registado na EU-28 em 2015 (2,3%) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). Segundo o INE, (2018) a DM é a quinta causa de morte em Portugal.

Na rede Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Sistema Nacional de Saúde [SNS], em 2015, encontravam-se registados 846 955 utentes com DM, em que 55,4% eram referentes à UCSP, 44,6% às Unidades de Saúde Familiar [USF], num universo de 12 470 910 utentes registados dos quais 52,2% nas UCSP e 47,8% nas USF (OND, 2015).

A DM apresenta custos económicos elevadíssimos desde os cuidados de saúde, à perda de produtividade e consequentemente de rendimento até aos custos da terapêutica (OND, 2015).

Em Portugal, no ano de 2015, a DM representou um custo de 1936 milhões de euros para todos os indivíduos com DM entre os 20-79 anos. Ao considerar apenas a população com esta patologia diagnosticada em Portugal, em 2015 o custo aparente desta doença representa 1084 milhões de euros para todos os indivíduos com DM diagnosticada na faixa etária 20-79 anos (OND, 2015).

No ano 2015, a DM representou 1% do Produto Interno Bruto [PIB], e 12% da despesa em saúde, em Portugal (OND, 2015).

A DM é atualmente considerada uma pandemia que não dá tréguas, visto que a sua prevalência continua a crescer exponencialmente, sendo necessário apostar na promoção da saúde e na prevenção da doença, cada vez mais (DGS, 2017).

1.4 PROMOVER, CAPACITAR E EMPODERAR

As doenças crónicas como a DM, são patologias que tendem a não desaparecer. Deste modo, para inverter esta situação existe a necessidade de investir em mudanças políticas de promoção em saúde e na criação de estratégias, de forma a diminuir os seus impactos (Oliveira, 2016).

Segundo a Carta de Ottawa de 1986, a promoção da saúde é definida como o processo que tem por objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. A saúde é compreendida como recurso para a vida e não como um objetivo de vida. Deste modo, visa alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, dos indivíduos e grupos de forma a serem capazes de reconhecer e realizar as suas pretensões, satisfazer as suas necessidades e alterar ou adaptar-se ao meio.

A saúde é um direito, e neste ponto de vista considera-se que a promoção da saúde é uma função prioritária da saúde pública, que contribui para luta contra as doenças e ameaças à saúde (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde [SPPS], 2015).

A promoção da saúde tem como objetivo primordial diminuir as desigualdades em saúde das comunidades e permitir a existência de igualdade de oportunidades e recursos. Deste modo, é necessário capacitar o indivíduo para a realização do seu potencial de saúde. Para que este se concretize é necessário um ambiente favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que possibilitem escolhas saudáveis (Costa et al, 2018).

Esta transpõe todos os níveis de prevenção da doença pelo que é fundamental investir na formação e reorientação das práticas profissionais (SPPS, 2015).

Os pilares fundamentais para atingir um alto nível de bem estar, passam pelo empoderamento individual e comunitário, o trabalho em rede, as parcerias, a investigação e a divulgação de boas práticas (SPPS, 2015).

A promoção da saúde pretende capacitar os indivíduos e as comunidades de forma a aumentarem o controlo sobre a saúde e os seus determinantes. Os requisitos fundamentais para a saúde são: a paz, habitação, educação, alimentos, rendimentos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (SPPS, 2015).

O empoderamento ou *empowerment* designa o processo de obtenção de conhecimentos e desenvolvimento de competências que proporciona o acréscimo de poder e controlo por parte do indivíduo. Possibilita a participação e tomada de decisão efetiva no exercício responsável da cidadania. Permite ainda, o desenvolvimento da autorresponsabilização sobre si e sobre a própria saúde, assim como, responsabilizar-se pela comunidade em que está inserido (Leite et al, 2015).

A principal base do empoderamento, é a participação do indivíduo através do desenvolvimento de estratégias que capacite os indivíduos e as comunidades para a tomada de decisão e para que defendam os seus direitos (Leite et al, 2015).

É fulcral apostar na capacitação do indivíduo, grupos e comunidades de forma a que estes não apenas identifiquem o direito de ter respostas relativas à sua necessidade real em saúde, mas também a responsabilidade em participar e cooperar para a elaboração dessa mesma resposta. Todos os indivíduos, individualmente, devem ter a capacidade de reconhecer quando o seu comportamento afeta a sua saúde, daqueles e daquilo que o rodeia (Tavares et al, 2018)

Os profissionais de saúde são os dinamizadores, facilitadores e advogados, pelo que não se espera simplesmente o domínio técnico-científico, mas igualmente os valores e os princípios que orientam a profissão (SPPS, 2015).

Deste modo, é necessário fornecer à população os recursos necessários para que esta esteja devidamente informada e capacitada para tomar decisões e adotar medidas preventivas em relação à sua saúde, através da mudança de comportamentos. Neste sentido, as equipas multidisciplinares dos CSP, devem reforçar as suas intervenções através da educação para a saúde das pessoas com DM, familiares e seus cuidadores (Mestre, 2012).

O empoderamento, numa visão de educação para a saúde, na DM, é visto como uma cooperação entre o profissional de saúde e a pessoa diabética. Apresenta como objetivo a elaboração e reconstrução do conhecimento sobre a patologia e suas consequências, para que estes possam tomar decisões esclarecidas sobre o autocuidado (Guerra, 2012).

A educação para a autogestão visa auxiliar o indivíduo diabético, cuidadores e família a prevenir e gerir as complicações agudas e crónicas associadas à doença, controlar a doença e aumentar a qualidade de vida. Pretende proporcionar ganhos em saúde através da capacitação do indivíduo sobre a doença, a adoção de comportamentos saudáveis e pelo controlo clínico adequado (Carvalho et al, 2012).

1.5 LITERACIA EM SAÚDE

A literacia em saúde é uma oportunidade e um desafio da saúde pública que permite às pessoas, comunidades e organizações adquirirem conhecimentos, motivação e competências que lhes permitam tomar decisões no dia-a-dia acerca dos cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença de forma a melhorar a sua qualidade de vida ao longo do ciclo vital (DGS, 2019).

A OMS, em 1998 definiu literacia em saúde como o “conjunto de competências cognitivas e sociais, a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998:10).

De acordo com o Despacho nº 3618-A/2016 a literacia em saúde é entendida como:

“A capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado” (Ministério da Saúde. Despacho nº 3618-A/2016, Diário da República, 2016: 8660).

Os indivíduos devem adquirir em literacia em saúde as seguintes competências:

- “1- Competências básicas em saúde que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;
- 2- Competências do doente, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais;
- 3- Competências como consumidor, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
- 4- Competências como cidadão, através de comportamentos informados como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes” (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2010:1)

Segundo o Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019 é estimado que cerca 5 em cada 10 pessoas da população portuguesas têm níveis reduzidos de literacia em saúde. Portugal apresenta uma elevada percentagem de pessoas com um nível problemático de literacia em saúde, (38,1%) relativamente á média da União Europeia (35,2%). No que diz aos grupos vulneráveis (pessoas com 65 ou mais anos, com baixos níveis de escolaridade ,com rendimentos até 500 euros mensais, com doenças crónicas, com uma auto-percepção de saúde “má”, que frequentaram, no último ano, 6 ou mais vezes, os cuidados de saúde primários, que se sentem limitados por terem alguma doença crónica) 60% dos indivíduos registaram níveis problemáticos e/ou inadequados de literacia.

“Uma baixa Literacia em Saúde pode dar origem, por exemplo, a um maior número de internamentos e a uma utilização mais frequente de serviços de urgência e, também, a uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde. Ou seja, a uma menor qualidade de vida” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015:5).

O nível de literacia em saúde depende das diversas experiências e vivências de vida dos indivíduos desde as diferentes fases do percurso da vida, da educação, das relações com a família, os grupos de pares e a comunidade, as condições de vida pessoal, familiar e de trabalho, as diferenças de género e a cultura literacia (DGS, 2019).

Para que o indivíduo modifique e/ou adquira comportamentos apropriados à sua nova condição de saúde, é necessário que possua conhecimentos sobre porquê e como mudar. No entanto para que se adquira informações relacionadas com a saúde não é suficiente a modificação dos estilos de vida, é imprescindível a utilização de ensinamentos que promovam a autoconfiança (Guerra, 2012).

A iliteracia em saúde tem vindo a ser identificada, em diversos estudos, como um fator de risco para diversas doenças. Nomeadamente na DM está comprovado que níveis adequados de literacia em saúde evidenciam melhorias significativas na condição de saúde dos indivíduos (Pedro, 2018).

O relatório síntese “Literacia em saúde em Portugal” da Fundação Calouste Gulbenkian de 2015, revelam que a população portuguesa privilegia como meios de informação o contacto direto com os profissionais de saúde seguindo se os amigos e familiares (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

O conhecimento que o indivíduo com DM possui, condiciona a sua competência para desenvolver um autocuidado apropriado. O nível de conhecimentos está relacionado com a adoção de comportamentos de autocuidado e com a obtenção de resultados após os ensinamentos efetuados (Jackson, Adibe, Okonta & Ukwe, 2014).

O indivíduo diabético depara-se nos seu dia-a-dia com a necessidade de desenvolver comportamentos adequados desde a forma como se alimenta, á toma da terapêutica, monitorização da glicemia capilar, realização de exercício físico regular, reconhecimentos

dos sintomas de hipoglicemia / hiperglicemia e ao aparecimento de complicações tardias (Lopes, 2014).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [EEECSP], apresenta um papel importante no que diz respeito ao processo de capacitação do indivíduo, família e comunidade pelo que lidera, integra e avalia processos comunitários de forma a executar projetos de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Deste modo, é necessário promover comportamentos saudáveis, emergindo numa melhoria na saúde, na capacidade funcional e numa melhoria na qualidade de vida de toda a comunidade (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

1.6 A INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

A enfermagem tem se revelado uma profissão em constante evolução quer no âmbito político, filosófico, de relação com o cliente bem como de intervenção nos cuidados de saúde. Estas mutações constantes, exigem o desenvolvimento de competências no processo de formação e a integração da equipa multidisciplinar nos processos de prestação e construção dos cuidados de saúde (Cosme, 2008).

“ A invenção da enfermagem comunitária trouxe um novo paradigma para a enfermagem centrada sobre o indivíduo, essencialmente em contexto hospitalar, para a intervenção em contexto comunitário, dirigida não só aos indivíduos, mas também as famílias, a grupos e á comunidade, considerando os vários determinantes que envolvem as suas situações de vida e de saúde “(Gato, 2015:1).

A autora acima citada afirma ainda, que o enfermeiro comunitário apresenta uma visão global da saúde e do indivíduo. Esta busca pela humanização e preocupação pelo outro, promove a intervenção comunitária, a promoção de estilos de vida saudáveis fomentado a participação da pessoa e articulação dos cuidados (Gato, 2015).

A enfermagem comunitária dirige a sua prática englobando todos os grupos etários. Decorre numa ampla gama de locais e abrange a educação para a saúde, manutenção, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados aos indivíduos, famílias e grupos, incluindo comunidades (Stanhope & Lancaster, 2011). Deste modo, a ECSP baseia-se numa prática globalizada, cujo o seu exercício se centra fundamentalmente na prestação de cuidados e capacitação na comunidade (OE, 2010).

De acordo com o código deontológico do Enfermeiro, artigo 101:

“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está

profissionalmente inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (OE, 2015:4).

Consideram-se assim, como pilares fundamentais da intervenção em enfermagem comunitária, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e o autocuidado, a promoção de processos de readaptação funcional aos problemas de saúde, ao longo do ciclo vital assegurando a máxima autonomia da pessoa, família e comunidade (Nogueira, 2017).

A *International Council of Nurses* [ICN], (2016) menciona que os enfermeiros comunitários têm um papel preponderante na ação, participação e prossecução de comunidades saudáveis e com um desenvolvimento sustentado. Contudo, para que se concretizem estes pressupostos torna-se necessário que os profissionais mobilizem ferramentas que lhes permita responder de forma estruturada, eficaz, eficiente e adaptada a cada comunidade.

De acordo com a OE o EEECSPP assume “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (OE, 2011:4).

Nesta perspetiva, depreende-se que o EEECSPP é o profissional de saúde que no seu percurso académico:

“(…) adquiriu competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal, nos processos de tomada de decisão dos problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades, na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas “(OE, 2010:1).

Os enfermeiros comunitários são considerados desde os finais de 1880, os líderes na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde à pessoa, família e comunidade. Cada vez mais se verifica que a enfermagem comunitária apresenta em todo o globo mais semelhanças do que diferenças (Stanhope & Lancaster, 1999).

Assim, torna-se necessário que exista cada vez mais, uma maior consciencialização por parte dos enfermeiros na relevância de adquirir uma formação especializada e mobilizar conhecimentos . Pretende-se que os profissionais transfiram os saberes para a prática diária e possibilite ao utente alcançar o máximo potencial de saúde.

1.7 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

No exercício da profissão de Enfermagem, é fundamental a utilização de referenciais teóricos que permitam direcionar as ações prestadas e evidenciar a percepção dos enfermeiros. Estes têm um contributo fundamental para a qualidade dos cuidados de enfermagem e servem de referencial para a prática profissional (Shah, 2015). Neste caso, será utilizado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Este modelo foi selecionado para justificar as intervenções selecionadas visto que permite “identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial”, assim como, “fundamenta a conceção de promoção da saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa” (Silva 2010: 746).

O modelo de Promoção da Saúde foi elaborado na década de 80 do século XX por Nola Pender, no seu exercício de funções como professora na Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan nos Estados Unidos (Victor et al, 2005).

De acordo com Pender, o processo de Promoção da Saúde abrange três áreas: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde (Pender et al, 2011).

Na conceção deste modelo teórico, Pender baseou-se na teoria da psicologia da Aprendizagem Social e no Modelo de Avaliar Expectativas (Pender, 2011).

Os principais conceitos que este modelo engloba são o conceito de saúde, ambiente, enfermagem e pessoa. A saúde é entendida do ponto de vista individual, familiar e comunitário com ênfase para a melhoria do bem-estar da pessoa, desenvolvimento de competências e não como ausência de doenças. Deve ser avaliada durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, numa perspetiva holística. O ambiente resulta das relações entre o indivíduo e o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos proporcionando um ambiente saudável. Por sua vez, o conceito de pessoa é definido como aquele que é capaz de tomar decisões, resolver problemas estando a ênfase na sua capacidade de alterar os comportamentos de saúde. Por fim, o conceito de enfermagem surge relacionado com as intervenções e estratégias que a enfermagem deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo o seu principal estímulo o autocuidado (Pender, 2011).

A finalidade deste modelo passa por auxiliar os profissionais de saúde sobre quais os principais determinantes nos comportamentos de saúde que afetam os indivíduos, como forma de permitir o aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis através do estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejáveis (figura 4) (Pender, 2011).

As características e experiências individuais englobam o comportamento anterior da pessoa, que deve ser alterado, e os fatores pessoais que se subdividem em fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Relativamente aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar constituem a base do diagrama que se divide nas variáveis: perceber benefícios para ação; perceber as barreiras para a ação; perceber a auto-eficácia; sentimentos em relação ao comportamento; influências interpessoais e as influências situacionais. O resultado do comportamento e experiências individuais abrangem o compromisso com o plano de ação, que permite à pessoa manter o comportamento de promoção de saúde esperado.

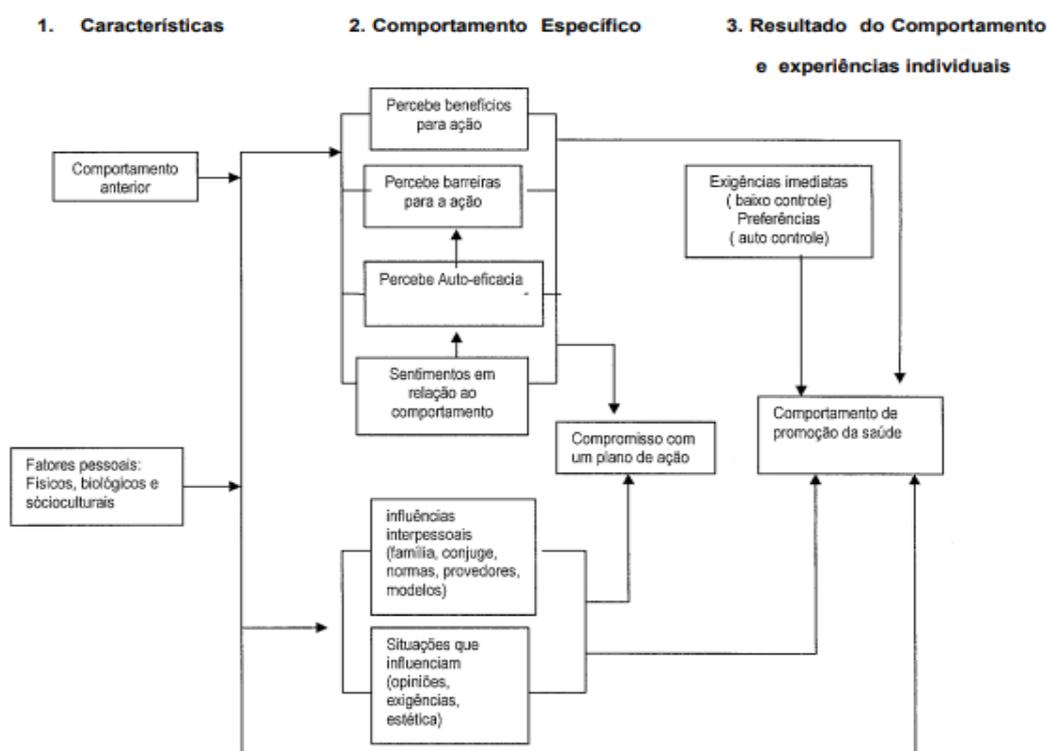


Figura 4 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.
Fonte: Pender, Murdaugh & Parsons Health promotion in nursing practice, 2002.

Pender (2011) defende assim, que a promoção da saúde tem uma influência multifatorial, especificamente pelas características e experiências pessoais, o afeto relacionado com o comportamento, as influências interpessoais e situacionais, o compromisso com um plano de ação e as exigências de competição.

“O modelo de Nola Pender é uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procura saúde pelo que assenta em sete pressupostos que espelham a perspectiva da ciência comportamento e enfatizam o papel ativo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental “(Tomey et al, 2004:706).

Os sete pressupostos de acordo com Nola Pender, 2011 são:

1. “Os indivíduos buscam a criação de condições de vida que lhes possibilite expressar o seu potencial de saúde;

2. Os indivíduos detêm capacidade de auto-reflexão e consciência que lhes permite auto-avaliar-se;
3. Os indivíduos valorizam o crescimento, procuram soluções entendidas como positivas e em que existe um equilíbrio aceitável entre a mudança e a estabilidade;
4. Os indivíduos procuram desempenhar um papel ativo na regulação do seu comportamento;
5. Os indivíduos na sua complexidade biopsicossocial em interação como o meio ambiente, modificam-se e são simultaneamente modificados por ele;
6. Uma parte do ambiente interpessoal que influencia o indivíduo durante toda a sua vida, inclui os profissionais de saúde;
7. O reajuste dos padrões de interação pessoa-ambiente cabe ao mesmo e é essencial para que ocorra mudança de comportamento” (Pender, 2011:5).

De acordo com todas estas interações, pretende-se com a dita intervenção comunitária, delinear um plano de ação viável e realista elaborado com o indivíduo, de forma a alcançar o comportamento desejável (Pender, 2011).

Segundo a autora, este modelo pretende descrever a natureza holística das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde. Pode aplicar-se nos distintos contextos ao longo do ciclo vital, direcionando para a ação dos enfermeiros (Pender, 2011).

O desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no sector da promoção da saúde, é determinado pelo processo de capacitação da pessoa com patologia crónica (Guerra, 2012).

A mudança de estilos de vida e a adoção de hábitos saudáveis são entendidos na promoção da saúde numa perspetiva alargada. Verifica-se a necessidade de capacitar os indivíduos para o autocuidado e para a autogestão, condições fundamentais para que exista uma melhor adaptação á sua nova condição de saúde. Assim, a promoção da saúde na pessoa diabética, pretende determinar quais os comportamentos e a características individuais adquiridas anteriormente, que afetam as crenças e as implicações no comportamento de saúde ou de adesão desejado (Guerra, 2012).

2. METODOLOGIA

A metodologia é entendida como uma disciplina que se dedica ao estudo, à avaliação e ao alcance dos métodos disponíveis para a investigação (Pradanov & Freitas, 2013).

“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação“. É a partir desta que “(...) o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses “(Fortin, 2009:53).

A metodologia utilizada neste projeto de intervenção comunitária foi a do planeamento em saúde. Sabe-se que é essencial planear em saúde, de modo a rentabilizar os recursos que são cada vez mais escassos. Tal facto prende-se pela necessidade de se intervir nas verdadeiras causas dos problemas, permitindo um reaproveitamento de equipamentos em situações distintas, e pelos progressos na área da saúde. Estes últimos são cada vez mais rápidos e precisam de ser integrados na prestação dos cuidados (Imperatori e Giraldes, 1993).

2.1 PLANEAMENTO EM SAÚDE

Imperatori e Giraldes definem planeamento em saúde como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (Imperatori e Giraldes, 1993: 23).

De acordo com Stanhope & Lancaster (2011), o planeamento em saúde tem como objetivo manter e aperfeiçoar o estado de saúde de uma dada comunidade através da prestação de serviços de saúde acessíveis, eficientes, equitativos e de qualidade.

Planear é entendido como “(...) um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas, essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990:29).

O planeamento em saúde divide-se em três grandes partes: a elaboração do plano - constituída por diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção

de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação para a execução, a execução e por fim a avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

O diagnóstico da situação constitui a primeira fase do planeamento e pretende identificar as necessidades de saúde da população.

“Tanto na clínica como em Saúde Pública, e como em qualquer processo de intervenção, só a partir do diagnóstico de situação é que será possível começar a atuação. Esta afirmação é válida independentemente da dimensão do sujeito de programação: país, região, distrito, concelho, aldeia, família ou indivíduo” (Imperatori e Giraldes, 1982:13).

Segundo os mesmos autores, o diagnóstico da situação de saúde funcionará como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto de partida para medir o avanço alcançado com as nossas atividades.

O diagnóstico de situação está ligado à noção dinâmica, pois este nunca acaba, é permanente, resultando das modificações constantes da realidade (Imperatori e Giraldes, 1982:14).

Após a identificação dos problemas de saúde, na etapa correspondente ao diagnóstico, a sua hierarquização será feita na etapa de determinação de prioridades. A determinação de prioridades é a "segunda fase do processo de planeamento da saúde" (Imperatori & Giraldes, 1993: 29). Depreende-se, assim, pela escolha dos problemas que se aborda nas intervenções, sendo uma fase fundamental para providenciar a utilização eficiente dos recursos. Considera-se problema de saúde toda a situação de doença ou risco de doença mensurável nos indivíduos (Tavares, 1990).

Devem definir-se prioridades, hierarquizando os problemas identificados e verificando qual ou quais os que são mais prioritários com base: - na sua magnitude (que diz respeito à dimensão do problema), - na sua transcendência (quais os grupos etários que afeta), na sua vulnerabilidade (hipótese de se evitar uma patologia com base na tecnologia e recursos existentes). Quando se definem prioridades, deve ainda ter-se sempre em consideração o tempo limite que se dispõe para a realização da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993:77), “realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo.”

A fixação de objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde, começa a fase tática do mesmo dos “resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo (...), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos” (Tavares, 1990: 113).

Imperatori & Giraldes (1993) definem por objetivo 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 impacte.” (Imperatori & Giraldes, 1993:79).

De acordo com o Giraldes (1993), esta etapa é importante na medida em que, apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa. A seleção dos indicadores de saúde prioritários que melhor traduzem a dimensão atual desses problemas e a respetiva evolução são o primeiro passo na fixação de objetivos.

No processo do planeamento em saúde, a seleção de estratégias é considerada uma etapa basilar. Possibilitam a definição de um conjunto de técnicas específicas de modo a alcançar os objetivos já estabelecidos na etapa anterior e a reduzir os problemas de saúde. Permite ainda, realizar uma estimativa do custo, dos recursos necessários e se estes são suficientes (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para que as estratégias sejam concebidas corretamente é necessário:

“Estabelecer os critérios de conceção de estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; escolher as estratégias mais realizáveis; descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas; estimar os custos das estratégias; avaliar a adequação dos recursos futuros; rever as estratégias e os objetivos (se necessário)” (Imperatori & Giraldes, 1993:87).

A etapa seguinte é a elaboração de programas e projetos. Segundo Imperatori & Giraldes (1993), um programa compreende um conjunto de atividades necessárias à execução de uma dada estratégia, que exige o uso de recursos humanos, financeiros e materiais.

Um projeto é aquele que decorre num período temporal delimitado e que tem como objetivo obter um resultado que contribua para a execução de um programa. Um programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo (Imperatori & Giraldes, 1993).

A Preparação da Execução tem com objetivo o estabelecimento de inter-relações entre as distintas atividades; evitar sobreposições e excessiva acumulação de tarefas; determinados períodos; identificar impedimentos na execução; realizar a previsão de recursos e simplificar a execução das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Imperatori & Giraldes (1993:173), menciona que “(...) avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”.

Segundo Imperatori e Giraldes (1982), avaliar implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito remete para os objetivos e para o objeto de avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão.

Segundo os mesmo autores, “a avaliação necessita da determinação cuidadosa de situações que conduzam a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter, integradas em processos formais como o planeamento e os sistemas de informação” (Imperatori e Giraldes, 1982:127).

O enfermeiro ao utilizar a metodologia de planeamento em saúde está a contribuir para a investigação, dar afirmação e credibilidade á profissão. Deste modo, todos os profissionais de enfermagem têm a “(...) responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento (...) e na sua utilização na prática” (Fortin et al,1999:29).

2.2. METODOLOGIA UTILIZADA NA FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Ao identificar a problemática existente na população da UCSP de Ansião, após a realização do diagnóstico de situação, emerge a necessidade da qual damos resposta na primeira fase de implementação do projeto, de definir o perfil das pessoas adulta com DM2 inscritas na UCSP de Ansião através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados. A aplicação destes instrumentos visa perceber os comportamentos e estilos de vida adotados pela população alvo, a adesão ao autocuidado e conhecimento sobre a patologia.

Deste modo foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- **Questionário sociodemográficos:** pretende recolher informações detalhadas acerca da pessoa com DM2 (Apêndice V). Este questionário é composto por 12 questões de fácil resposta, relacionadas com a idade, estado civil, profissão, habilitações académicas, estilo de vida, alimentação, exercício físico e sobre a patologia. Será também realizada a avaliação dos parâmetros antropométricos: tensão arterial, frequência cardíaca e glicemia capilar, peso, da altura, IMC, Perímetro Abdominal [PA], e valor de HbA1c das últimas análises.
- **Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes** (Anexo V): para a elaboração do projeto, é aplicado o questionário sobre conhecimentos da DM, constituído por 24 questões que se encontram divididas em 4 dimensões: doença (8 itens), consequências da doença (7 itens), controlo da doença (5 itens) e sintomatologia de hipoglicemia e hiperglicemia (4 itens). Segundo Bastos et al, (2007) as respostas que demonstram conhecimentos corretos adquiriram o valor de 1, enquanto as respostas com conhecimentos errados ou desconhecidos, adquiriram o valor 0. Assim, o questionário foi examinado tendo em conta os conhecimentos demonstrados em cada dimensão e no geral. No qual se verifica que quanto maior for a pontuação obtida, maior o nível de conhecimentos, considerando-se que o valor 24 (número total de questões) equivale a 100% de conhecimentos. É importante salvaguardar que para a utilização do questionário, foi pedida a autorização à autora, obtendo-se uma resposta favorável (Anexo IV).
- **Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes** (Anexo VI): Para a elaboração do estudo foi aplicado a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes versão

traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007) da escala "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000). Esta escala é composta por sete dimensões: alimentação, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicémia, cuidados aos pés, medicamentos e hábitos tabágicos sendo que foi incluída a dimensão 7 – «Hábitos Tabágicos», apesar de não se incluir este hábito como objetivo específico. As dimensões questionam o utente sobre os cuidados com a diabetes, durante os últimos setes dias, onde o zero representa a situação menos desejável e conseqüentemente, sete a mais favorável. Na dimensão correspondente à alimentação específica, os valores foram considerados inversamente, ou seja, ao 0 equivale a 7, e assim sucessivamente, pois estas variáveis pontuaram na negativa, tal como definido pelas autoras da tradução e adaptação. É importante salvaguardar que para a utilização desta escala, foi pedida a autorização à autora, obtendo-se uma resposta favorável (Anexo IV).

Os dados obtidos através da aplicação dos questionários aos participantes, foram analisados com recurso ao programa informático Microsoft Excel versão 2011.

O tratamento estatístico envolveu medidas de estatística descritiva examinadas através da distribuição de frequências absolutas, relativas e médias. Todos os dados foram dispostos em gráficos, quadros e tabelas de forma a facilitar a sua interpretação.

2.3 QUESTÕES ÉTICAS

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], da OE (2015), artigo 8 n.º1 "(...) o enfermeiro deve adotar uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos humanos e interesses dos cidadãos "(REPE, 2015:4).

Para Fortin (2009), qualquer questão efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais. Assim sendo, define cinco princípios básicos aplicados ao ser humano, determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto/prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

Segundo o código deontológico artigo 106.º do dever de sigilo:

“O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar

informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico e d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados (OE, 2015:8)

Deste modo, no decorrer presente projeto, houve a preocupação pelo respeito da pessoa humana, pela autonomia, garantia de confidencialidade e proteção dos direitos inerentes á livre escolha. Procedeu-se á elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice IV) onde foram expostos os objetivos do projeto, da aplicação dos questionários, esclarecidas dúvidas, garantindo a confidencialidade e o carácter voluntário.

Para se proceder á implementação deste projeto na UCSP de Ansião foi solicitado a autorização, em formato papel, ao Coordenador da UCSP de Ansião (Apêndice I) tendo sido dado parecer positivo (Anexo I). Posteriormente, foi realizado o pedido de autorização á Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro [ARSC], (Apêndice II), por via de correio eletrónico, de acordo com preenchimento de formulário próprio, cujo parecer foi deferido (Anexo II). Foi também requerido parecer do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre cujo pedido foi deferido (Anexo III).

Relativamente aos instrumentos de recolha de dados, foi realizado o pedido de autorização, através de correio eletrónico, à autora do questionário e da escala apresentada (Questionário de conhecimentos da DM e Escala de Autocuidado com a DM), a qual recebeu um parecer positivo (Anexo IV), para proceder à sua aplicação.

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

“A existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes e sobre maneiras diferentes de resolver o mesmo problema, ou de outro modo o que deve ser resolvido e como deve ser resolvido.” Imperatori e Giraldes (1993:64).

De acordo com a OE (2010), a realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade recorrendo a metodologia de planeamento em saúde, é umas das competências específicas do EEECS. Trata-se de um processo que possibilita a capacitação de grupos e comunidades através da integração e coordenação de programas de saúde comunitários, indo ao encontro dos objetivos estabelecidos pelo Plano Nacional de Saúde [PNS].

Numa fase inicial procedeu-se à pesquisa nos documentos e plataformas existentes, desde o PNS, o relatório de atividades da USCP 2019, Plano Local de Saúde [PLS], do ACES PIN 2017-2020, site da Câmara Municipal de Ansião e aos dados do INE e PORDATA. Deste modo, determinaram-se as problemáticas de saúde locais da população do concelho de Ansião, procedendo-se posteriormente à caracterização do território, da população e dos recursos existentes.

Seguidamente direcionaram-se as pesquisas de acordo com as áreas consideradas prioritárias na UCSP de Ansião indo ao encontro dos seus indicadores e através de reuniões efetuadas com a enfermeira coordenadora da UCSP. Estas apresentavam como objetivo validar a problemática identificada e as necessidades de intervenção na comunidade.

3.1 CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO E DA POPULAÇÃO RESIDENTE

O concelho de Ansião situa-se na Região Centro de Portugal Continental, Distrito de Leiria e integra o território do ACES PIN que inclui para além do concelho de Ansião, os concelhos de Arganil, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penela, Tábua, Vila Nova de Poiares, Alvaiázere, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos e Pedrógão Grande (figura 5).

O ACES PIN abrange uma área de 2.617,68 Km², com uma densidade populacional de 48,0 hab/Km² e está abrangido pela Sub-Região do Pinhal Interior Norte que pertence à Nomenclatura de Unidade Territorial III (NUT III) (figura 14).



Figura 5 - Enquadramento geográfico do Pinhal Interior Norte na Região Centro.
Fonte: Município de Ansião, 2015.

A área do PIN tem 124.615 habitantes (estimativa INE, 2016), o que representa cerca de 7,4 % da população da Administração Regional de Saúde [ARS].do Centro.

A população do ACES PIN de 2001 a 2011 de acordo com os censos 2011, tem vindo a decrescer situando-se nos 5,1%, sendo este decréscimo mais acentuado do que na região centro. Tal aspeto conjugado com a diminuição da taxa de natalidade, o elevado índice de envelhecimento (que é superior ao da região e do Continente), determinam uma pirâmide etária com estreitamento da base e alargamento do topo (gráfico 8).

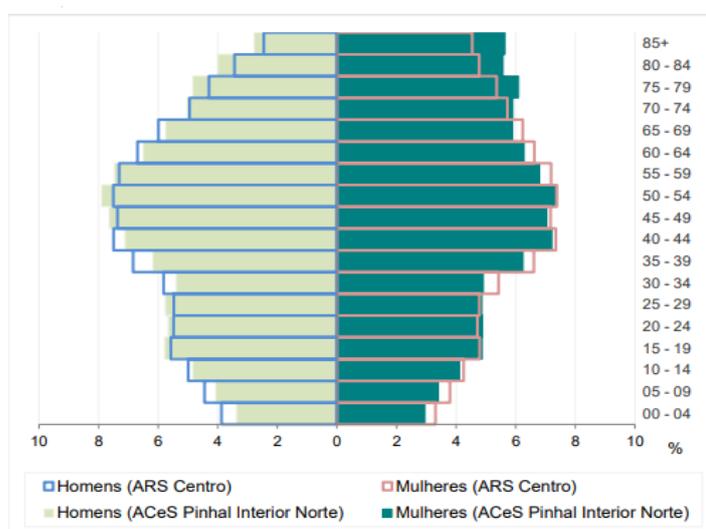


Gráfico 8 - Pirâmides etárias da ARS Centro e do ACES PIN (estimativas 2016).
Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP).

O concelho de Ansião integra a Sub-Região do Pinhal Interior Norte [PIN], na zona de fronteira com as Sub-Regiões do Pinhal Litoral e Baixo Mondego (figura 6).

É um concelho com 176 km² e com uma densidade populacional global de 69,7hab/km² (PORDATA, 2017).

O concelho de Ansião é composto por seis freguesias desde 2011, até então eram oito, sendo que duas delas foram agregadas á freguesia de Ansião: Alvorge (39,1 km²), Ansião (38,2 km²), Avelar (8,5 km²), Chão de Couce (23,8 km²), Pousaflores (25,3 km²) e Santiago da Guarda (41,3 km²) (figura 6).



Figura 6 - Localização geográfica do concelho de Ansião.
Fonte: Município de Ansião, 2015.

A população residente no concelho em 2017, era de 12270 indivíduos (5766 do género masculino e 6504 do género feminino). Na faixa etária com menos 15 anos existem 1257 indivíduos o que equivale a 10,4% da população total e com 65 ou mais anos vivem no município 3356 indivíduos o que corresponde a 27,2% da população total (quadro 5). A faixa etária dos 15 aos 64 anos (população em idade ativa) apresenta uma maior percentagem de população, cerca de 62,4 % da população total (quadro 5).

O índice de envelhecimento, ou seja, o número de idosos por cada 100 jovens situa-se nos 267% os indivíduos em idade ativa por idosos neste município situa-se nos 2,3% (quadro 5).

		Município	NUTS III	NUTS II	Portugal	Peso do Município NUTS III (%)
POP.	População residente (N.º)	12 270	286 309	2 231 346	10 291 027	4,3
	Homens	5 766	136 525	1 056 975	4 867 692	4,2
	Mulheres	6 504	149 784	1 174 371	5 423 335	4,3
	Com menos de 15 anos	1 257	37 124	275 886	1 423 896	3,4
	Com 65 ou mais anos	3 356	63 879	535 245	2 213 274	5,3
POP.	Densidade pop. (N.º/Km ²)	69,7	116,9	79,1	111,6	-
POP.	Taxa de crescimento efetivo anual (%)	-1,5	-0,5	-0,6	-0,2	-
POP.	Taxa de crescimento natural anual (%)	-1,2	-0,3	-0,5	-0,2	-
POP.	Índice de Envelhecimento	267,0	172,1	194,0	155,4	-
POP.	Índice de Potencialidade	71,9	70,8	70,2	70,6	-

Quadro 5 – Dados demográficos do Município de Ansião, 2017.
Fonte: INE, 2018.

A densidade populacional é baixa, tendo em conta tratar-se de um concelho inserido em meio rural. Este contexto evidência um povoamento disperso provocando problemas de

isolamento e de desigualdade de acesso a serviços. Entre 1991 e 2011 verifica-se uma tendência generalizada para a perda de população na maioria das freguesias do concelho á exceção para as freguesias de Ansião e Avelar. Nestas duas freguesias os seus valores aumentaram nos últimos censos para um crescimento de 7,0% e 3,8% respetivamente (quadro 6). Estas alterações demográficas determinam uma pirâmide etária do Município de Ansião, com estreitamento da base e alargamento progressivo do topo.

Local de residência	População residente (N.º) por Local de residência e Sexo; Decenal			
	Período de referência dos dados (Sexo T: HM)		% Variação	TAU (Classificação INE)
	2011	2001		
PT: Portugal	10.555.853	10.356.117	1,9%	
1003: Ansião	13.128	13.719	-4,3%	
100301: Alvorge	1.227	1.298	-5,5%	APR
100302: Ansião	2.728	2.549	7,0%	AMU
100303: Avelar	2.169	2.089	3,8%	AMU
100304: Chão de Couce	1.992	2.349	-15,2%	APR
100305: Lagarteira	504	566	-11,0%	APR
100306: Pousaflores	950	1.201	-20,9%	APR
100307: Santiago da Guarda	3.147	3.211	-2,0%	APR
100308: Torre de Vale de Todos	411	456	-9,9%	APR

Quadro 6- População residente (Nº) por local de residência e sexo.
Fonte: INE- Censos 1991, 2001 e 2011.

Relativamente aos óbitos no Município de Ansião, a 1ª causa de morte são as doenças do aparelho circulatório cerca de 35,2% em 2017, tendo apresentado um crescimento exponencial em relação a 2011 (27,8%), de seguida os tumores malignos, que também aumentaram (em 2017 era de 24,5 % e 2011 era de 20,5%), seguem se as doenças do aparelho respiratório que têm vindo a diminuir (11,7 % em 2017 e em 2011 era de 21,6%). As doenças do aparelho digestivo representam cerca de 4,1% das mortes no município, em 2017, tendo diminuído em relação a 2011 (5,1%), a DM aumentou (3,6 % das mortes), em 2017, em relação a 2011 que era de 1,7 % e por fim os suicídios que correspondem a 2% das mortes, em 2017 não existindo registo de suicídios em 2011 (gráfico 9).

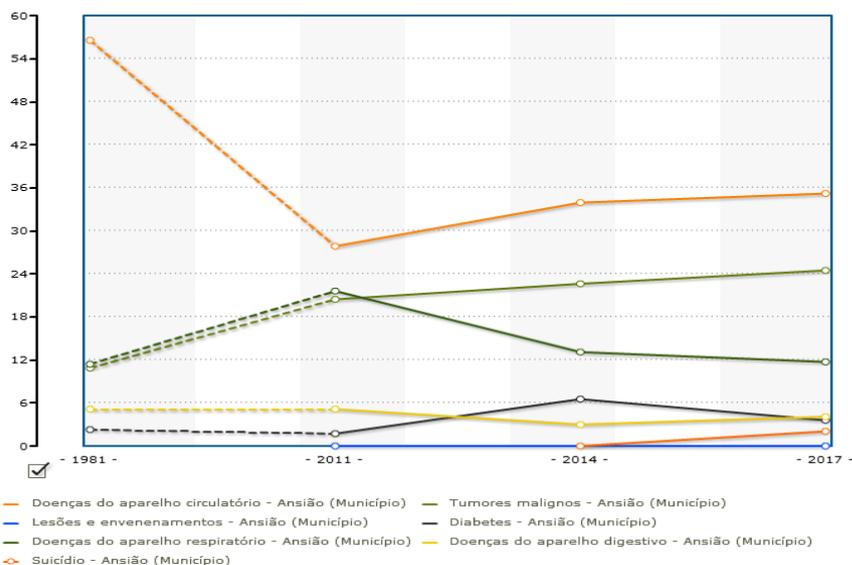


Gráfico 9 - Óbitos por causa de morte (%) de 1981 a 2017.
Fonte: PORDATA, 2017.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA UCSP DE ANSIÃO

A população inscrita na UCSP de Ansião, de acordo com os dados disponibilizados pelo Bilhete de Identidade, [BI] dos CSP, contabiliza 12.737 utentes inscritos, até ao mês de abril de 2019. Constan registados 6061 indivíduos do género masculino e 6685 indivíduos do género feminino. Denota-se que os indivíduos do género feminino apresentam uma maior longevidade.

Na faixa etária dos 25 aos 60 anos, contabilizam-se 6360 inscritos, na faixa etária dos 65 aos 99 anos existem 3898 inscritos, com mais de 100 anos existem 7 inscritos (1 do género masculino e 6 do género feminino). Na faixa etária de 1 aos 24 anos existem 2414 inscritos e o número de indivíduos com menos de 1 ano contabilizados são de 67 inscritos. Da totalidade do número de utentes inscritos, 12.548 utentes possuem médico de família (98,52%) e 189 utentes (1,48%) não possuem (gráfico 10).

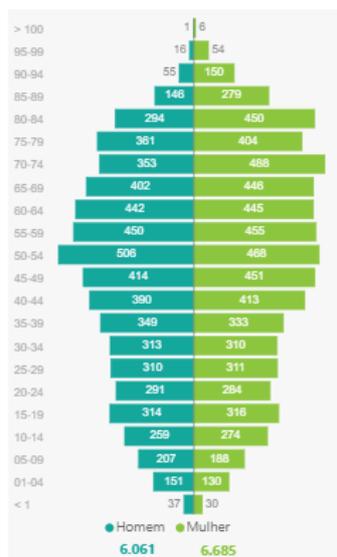


Gráfico 10 - Pirâmide Etária dos utentes Inscritos nos CSP Ansião.
Fonte: SNS, 2019

Atendendo aos dados da plataforma BI-CSP, a população inscrita na UCSP distribui-se segundo o quadro abaixo:

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
>/= 6 Anos	273	237	510
07-64 Anos	4.163	4.171	8.334
65-74 Anos	741	932	1.673
>/= 75 Anos	872	1.348	2.220

Quadro 7- Grupo etário da população inscrita na UCSP de Ansião, em 2019 de acordo com DL 298/200.
Fonte: SNS, 2019.

Do ponto de vista da gestão integrada da doença, são configuradas como prioritárias na UCSP de Ansião as patologias: Doença do Aparelho Respiratório (50), DM (41,7), e HTA (16,7) (quadro 8).

Dimensão	Nível 100	Valor IDS M...	Valor IDS Mês Início	Objetivo IDS
Diabetes Mellitus	100	41,70	41,70	
Doenças Aparelho Respiratório	100	50,00	0,00	
Hipertensão Arterial	100	16,70	16,70	

Quadro 8 - Gestão da Doença, UCSP de Ansião.
Fonte: Rede Nacional de Utentes [RNU], 2019.

3.2 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

O centro de saúde de Ansião é constituído por uma Unidade de Saúde na sede do concelho, que abrange 5872 (46,6 %) da população e mais quatro polos que estão localizados nas freguesias de Alvorge, Avelar, Chão de Couce e Santiago da Guarda. Esta unidade de saúde encontra-se dividida em duas unidades funcionais (UCSP e UCC), que apesar de serem distintas, complementam-se na prestação de cuidados.

A UCSP situa-se na sede da freguesia de Ansião, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar que engloba oito médicos de família, oito enfermeiros de família e oito secretários clínicos. Conta ainda, com a colaboração de quatro assistentes operacionais (pertencentes à UAG), uma técnica do serviço social (pertencente à URAP) que presta consulta de Serviço Social duas vezes por mês, uma nutricionista (pertencente à URAP) com consulta semanal á quinta feira e uma fisioterapeuta (pertencente à URAP) de acordo com o horário fixado.

A USCP disponibiliza a prestação de cuidados no âmbito do programa de saúde materna, programa de saúde infantil e juvenil, programa de vigilância da HTA, programa de vigilância da 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.

Esta unidade funcional possui gabinetes médicos e de enfermagem, equipados com computadores e impressoras, para facilitar a realização dos registos e a qualidade dos cuidados prestados. Dispõem ainda de todo o material necessário para a prestação de cuidados de saúde á população, incluindo uma viatura automóvel que é partilhada com a UCC, utilizada para a realização das visitas domiciliarias.

3.4 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS E NECESSIDADES

Após a caracterização da população, é necessário contextualizar o problema de saúde e identificar as necessidades da mesma (Imperatori & Giraldes, 1993). Deste modo, após a caracterização da região, e da UCSP de Ansião procede-se á análise da população o que permite a concretização do diagnóstico de saúde

No ACES PIN, segundo o PLS, 2017-2020, a análise dos indicadores e a definição de prioridades das Unidades Funcionais [UF] e o Conselho da Comunidade [CC], identificou como principais problemas de saúde da população: HTA, perturbações depressivas, DM, obesidade, doenças oncológicas e doenças da boca e dentes.

As morbilidades no ACES PIN com um elevado número registado, por diagnóstico ativo foram em 2016, a HTA (29,5%), as alterações do metabolismo dos lípidos (25,2%), as perturbações depressivas (13,9%), a DM (10,1%) e as doenças dos dentes e gengivas (7 anos) (8,9%) (quadro 18).

Em relação aos determinantes de saúde dos CSP, com diagnósticos ativos que afetaram maior proporção de utentes do ACES PIN foram: excesso de peso (7,1%), tabaco (5,7%), abuso crónico de álcool (2,2%) e abuso de drogas (0,3%), e por comparação, na região centro, foram de 5,1%; 7,8%; 1,5% e 0,4%, respetivamente (quadro 19).

A priorização dos problemas de saúde do ACES PIN segundo o PLS, 2017-2020 tem por base, numa primeira fase, a identificação dos motivos de consulta registados com maior frequência, tendo presente as principais causas de mortalidade no ACES. Estes são: HTA; perturbações depressivas; DM; Obesidade; Doenças oncológicas; AVC; doenças da boca e dentes; demência e doença cardíaca isquémica.

Através da análise dos indicadores e da definição de prioridades das UF e CC, estabeleceu-se que os principais problemas do ACES PIN são: HTA; Perturbações Depressivas; DM; Obesidade; Doenças Oncológicas; Doenças da boca e dentes.

Em relação aos determinantes de saúde, foram priorizados três problemas: Excesso de peso, Alcoolismo e o Tabagismo.

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Contínente			ARS Centro			ACeS Pinhal Interior Norte		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Hipertensão (K86 ou K87)	22,2	20,5	23,8	24,2	22,6	25,6	29,5	27,0	31,8
Alterações do metabolismo dos lípidos (T93)	21,3	20,6	22,0	25,6	24,6	26,6	25,2	24,0	26,2
Perturbações depressivas (P76)	10,4	4,4	15,8	12,4	5,3	18,7	13,9	5,9	21,1
Diabetes (T89 ou T90)	7,8	8,2	7,3	8,5	9,1	8,0	10,1	10,6	9,6
Doenças dos dentes e gengivas (7 anos) (D82)	6,3	6,3	6,4	7,2	7,4	7,0	8,9	8,1	9,6
Obesidade (T82)	8,0	6,7	9,2	7,3	6,4	8,1	7,9	7,1	8,6
Osteoartrose do joelho (L90)	4,6	2,9	6,2	5,8	4,0	7,5	6,8	4,7	8,6
Osteoporose (L95)	2,4	0,4	4,3	3,2	0,4	5,7	4,0	0,7	7,0
Osteoartrose da anca (L89)	2,2	1,6	2,8	3,2	2,4	3,8	3,0	2,3	3,6
Asma (R96)	2,6	2,4	2,9	2,7	2,4	2,9	2,3	2,1	2,5
Bronquite crónica (R79)	1,1	1,2	1,1	1,5	1,5	1,6	2,3	2,1	2,5
Doença cardíaca isquémica (K74 ou K76)	1,7	2,1	1,4	2,1	2,3	1,9	2,1	2,2	2,1
Trombose / acidente vascular cerebral (K90)	1,3	1,4	1,2	1,4	1,5	1,3	1,6	1,8	1,4
DPOC (R95)	1,3	1,7	1,0	1,4	1,7	1,0	1,4	1,7	1,2
Demência (P70)	0,8	0,5	1,0	0,9	0,6	1,1	1,0	0,7	1,3
Neoplasia maligna da mama feminina (X76)	0,8	—	1,5	0,8	0,0	1,5	0,7	0,0	1,4
Neoplasia maligna da próstata (Y77)	0,5	1,1	—	0,6	1,4	0,0	0,7	1,4	0,0
Enfarte agudo do miocárdio (K75)	0,7	1,1	0,3	0,6	1,0	0,3	0,6	0,9	0,4
Neoplasia maligna do cólon e reto (D75)	0,4	0,6	0,4	0,6	0,7	0,5	0,5	0,7	0,4
Neoplasia maligna do estômago (D74)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Neoplasia maligna do brônquio / pulmão (R84)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Neoplasia maligna do colo do útero (X75)	0,1	—	0,3	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1

Quadro 9 - Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo (ordem decrescente).
Fonte: Sistema de Informação da ARS [SIARS], (2016) citado em PLS, 2017:21.

Diagnóstico ativo (ICPC-9)	Continente			ARS Centro			ACES Pinhal Interior Norte		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Excesso de peso (T83)	6,4	6,6	6,2	5,1	5,3	5,0	7,1	7,2	7,0
Abuso do tabaco (F17)	10,4	13,3	7,9	7,8	10,0	5,8	6,7	7,7	3,9
Abuso crónico do álcool (F10)	1,4	2,7	0,3	1,5	2,8	0,3	2,2	4,2	0,5
Abuso de drogas (F19)	0,5	0,7	0,3	0,4	0,5	0,2	0,8	0,4	0,2

Quadro 10 - Determinantes de saúde: proporção de inscritos por diagnóstico no ACES PIN, em 2016.
Fonte: PLS, 2017:22.

Segundo o Registo Nacional de Utentes [RNU], do ponto de vista da gestão integrada da doença na UCSP de Ansião observa-se que a DM é uma das patologias consideradas como prioritárias nesta unidade funcional. É uma patologia que integra o relatório de atividades, verificando se que existe um indicador abaixo do nível esperado no que diz respeito á proporção de utentes com avaliação risco de DM2.

Na UCSP de Ansião, verificou-se a existência de problemas de isolamento e de desigualdade de acesso a serviços devido á existência de uma densidade populacional baixa. Tal situação prende-se com o facto de se tratar de um concelho inserido em meio rural o que evidência um povoamento disperso; fraca motivação e desconhecimento sobre a saúde, no que respeita a hábitos saudáveis e também sobre as respostas de saúde; grande prevalência de doença crónica e inexistência de estratégias de gestão da doença crónica; e a população mais velha é quem mais recorre aos serviços de saúde e que mais recursos utiliza. Paralelamente, a população em idade laboral recorre aos serviços de saúde só em caso de doença aguda.

Após reunião com a enfermeira orientadora e posteriormente reunião com o médico responsável pelo programa da DM, considerou-se que a DM é uma patologia em crescente expansão entre os utentes da UCSP. Este acompanha a tendência nacional e mundial, sendo possível reter que é uma problemática com repercursões importantes no concelho. É uma realidade que envolve fatores como a falta de literacia, estilos de vida inadequados o que se relaciona com o aparecimento de complicações.

Posteriormente procedeu-se á análise dos dados no programa informático de suporte aos registos clínico “SClínico” por médico de família (totalizando 8 médicos de família). Verificou-se que na UCSP de Ansião existem cerca de 1201 utentes com DM (gráfico 10) sendo que 602 utentes são do género feminino e 599 são do género masculino (gráfico 11).

Relativamente aos utentes com DM, observamos que a faixa etária dos 65 ou mais anos é a predominante, totalizando cerca de 855 utentes e da faixa etária dos 20 aos 64 anos contabilizam-se 346 utentes com DM (gráfico 12). Observou-se ainda, que cerca de 772 utentes com DM apresentam HTA associada.

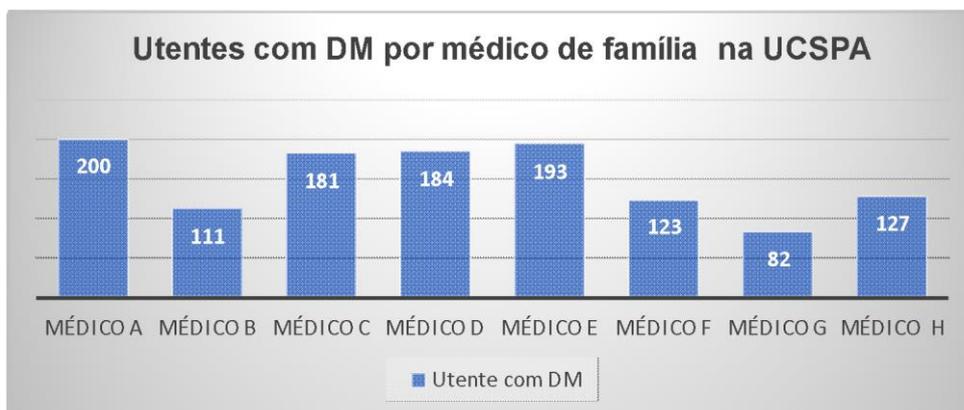


Gráfico 11- Utentes com DM por médico de família na UCSP de Ansião.
Fonte: Elaboração própria dados retirados do SClínico, em novembro de 2019.

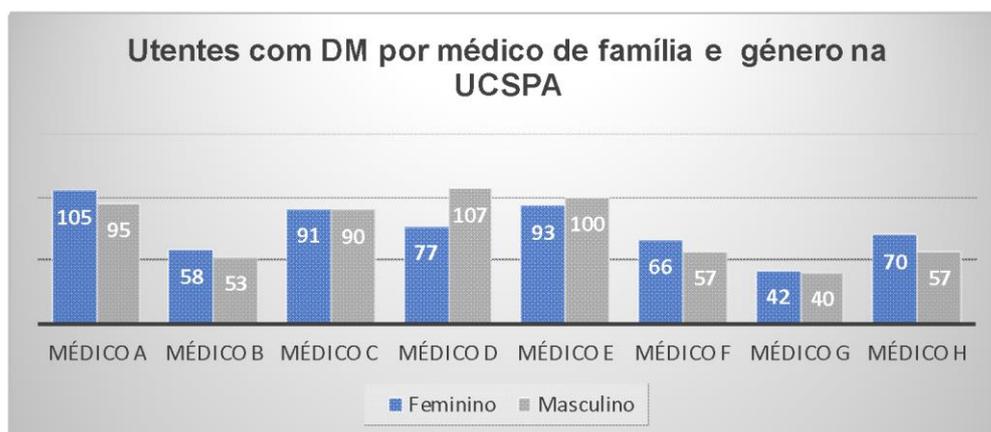


Gráfico 12 - Utentes com DM por médico de família e género na UCSP de Ansião.
Fonte: Elaboração própria, dados retirados do SClínico, em novembro de 2019.

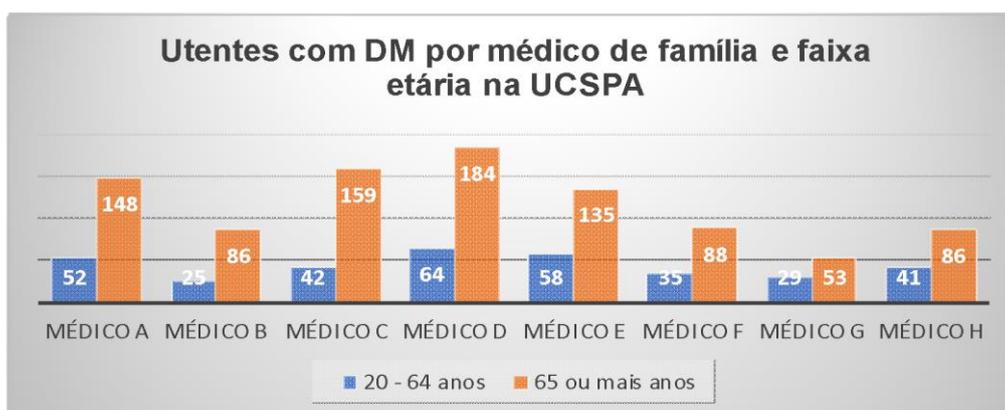


Gráfico 13- Utentes com DM por médico de família e faixa etária, na UCSP de Ansião.
Fonte: Elaboração própria, dados retirados do SClínico, em novembro de 2019.

Posto isto, tendo em conta os dados apresentados, a problemática selecionada para a realização deste projeto de intervenção comunitária foi a DM. Esta decisão surgiu após validação dos dados com a enfermeira orientadora, médico responsável pelo programa de vigilância da DM e professor orientador.

Para justificar a pertinência da implementação deste projeto, foi tido por base o PNPCD que apresenta como principais metas para 2020: Diminuir o desenvolvimento de DM em 30.000 utentes de risco identificados através da avaliação do cálculo de risco de desenvolver a doença; Diminuir a mortalidade prematura por DM ≤ 70 anos em Portugal em 5%; Aumentar em 30.000 o número de novos diagnósticos de diabetes através do diagnóstico precoce em utentes.

O PNPCD, (2017) tem como visão “ ter em Portugal uma população mais saudável, com uma menor taxa de incidência da DM, menos mortes prematuras por DM e com mais anos de vida ativa saudável e sem complicações tardias da doença” (PNPCD, 2017:16).

A DM foi considerada pela Organização Mundial da Saúde [OMS]. como pandemia do século XXI, estimando-se que num limite temporal de 20 anos mais de 20% da população mundial tenha a doença (PNPCD, 2017).

A DM de acordo com a FID, (2019) é uma patologia que apesar de ter uma maior prevalência na faixa etária 65 ou mais anos , atinge cada vez mais jovens e as projeções para 2045 não são animadoras.

Verifica-se que atinge ,cada vez mais, a população da faixa etária adulta, e que tem aumentado de forma proporcional ao número de pessoas que vivem mais anos. Este facto pode associar-se às alterações verificadas nos estilos de vida das populações, nomeadamente o sedentarismo e o aumento proporcional da ingestão calórica (PNPCD, 2017).

Os estudos de investigação científica, demonstram que a intervenção na prevenção da DM é custo-efetiva, e que modificações a nível dos hábitos alimentares e da atividade física são eficazes na prevenção da DM2. A identificação precoce da DM2 e um tratamento adequado indicam ser eficazes na prevenção ou no adiamento das complicações tardias (Boavida, 2010).

O facto de os dados acima citados, indicarem que cada vez há mais adultos diabéticos considerado que quanto mais precocemente se intervir maior a possibilidade de prevenir e/ou retardar o aparecimento de complicações, permitiu selecionar como população alvo de intervenção a faixa etária dos 18 aos 64 anos, ou seja, a população adulta.

4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades de acordo com Imperatori & Giraldes é a segunda etapa do processo de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na etapa anterior, correspondente ao diagnóstico da situação, procedeu-se á identificação dos problemas e ás necessidade dos utentes da USCP de Ansião. Nesta etapa efetua-se a sua hierarquização através da priorização (Tavares, 1990).

A determinação de prioridades, relaciona-se com o conhecimento que existente, com a relação entre o problema e os fatores de risco, gravidade do problema, da pertinência da implementação de um projeto nesta área, da sua execução e disponibilidade de recursos tal como a aceitação do projeto pela instituição e pela população (Tavares, 1990).

Assim, procedeu-se á hierarquização dos problemas que foram detetados, e priorizou-se de acordo com a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Quando se definem prioridades, deve ainda ter-se sempre em consideração o tempo limite que se dispõe para realização da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Relativamente aos problemas de saúde identificados, podemos considerar que apresentam uma elevada magnitude, uma vez que a DM é uma patologia cuja a prevalência tem aumentado significativamente nos últimos anos. Prevê-se que em 2045, este número aumente para de 700,2 milhões de pessoas diabéticas pelo que é considerado um problema social, económico e de saúde pública. Acompanhando a tendência mundial e europeia, em Portugal a incidência da DM tem apresentado um crescimento significativo, cerca de 591,5 novos casos por 100000 indivíduos, em 2015. O concelho de Ansião segue a tendência mundial verificando-se em 2019, a existência de 1201 utentes com DM sendo que 602 utentes são do género feminino e 599 são do género masculino. Observamos que a faixa etária dos 65 ou mais anos é predominante, totalizando cerca de 855 utentes e a faixa etária dos 20 aos 64 anos, contabiliza 346 utentes com DM. É fundamental intervir na faixa etária da população adulta, de forma a fornecer as ferramentas necessárias ao indivíduo para gerir a sua saúde e para prevenir o aparecimento de complicações tardias

No que diz respeito á transcendência, verifica-se um aumento da prevalência desta patologia na faixa etária dos 20 aos 79 anos, sendo que tem uma maior prevalência nos homens (9,1%) em relação ás mulheres (8,4%) nesta faixa etária. Estima-se que cerca de 4 milhões das mortes associadas a esta patologia, ocorrem em pessoas com idade inferior a 60

anos. No concelho de Ansião, o número de mortes por DM aumentou 3,6%, em 2017 em relação a 2011 que era de 1,7%, prevendo-se que este número continue a aumentar.

A nível da vulnerabilidade podemos considerar que a educação para a saúde assume um papel preponderante na gestão da saúde e na prevenção de complicações. É notório a presença de défices importantes relativamente á adoção de comportamentos e estilos de vida saudável, nomeadamente em termos de alimentação e prática de exercício de físico regular. O individuo diabético deve possuir formação adequada, para que possa tomar decisões e responsabilizar-se pela própria saúde (APDP, 2012).

A problemática da DM2, tem um grande impacto na qualidade de vida e bem estar do indivíduo, família e comunidade. Assim, a realização deste projeto pretende fornecer as ferramentas necessárias, quer em termos de aquisição de conhecimentos bem como melhoria na gestão da doença, para que a população adulta com DM2 não apresente futuramente complicações referentes a esta patologia. Verifica-se a existência de recursos e capacidades que permitam realizar uma intervenção exequível junto da população alvo.

5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Esta etapa metodológica do planeamento em saúde, possibilita a formulação dos objetivos a alcançar num determinado intervalo de tempo, tendo em vista a resolução dos problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para definirem os objetivos devem seguir-se quatro etapas: seleção de indicadores; projeção da tendência; projeção e previsão dos problemas prioritários, fixação dos objetivos a atingir e tradução dos objetivos operacionais ou metas (Giraldes, 1982 e Tavares 1990).

Assim, após se proceder á determinação de prioridades, é preciso formular objetivos de forma a obter os resultados esperados para a população alvo (Tavares, 1990). Para tal avaliam-se as necessidades da população adulta diabética que recorre à UCSP de Ansião. Estes objetivos devem de ir ao encontro do diagnóstico de situação descrito, deste modo estabeleceu-se como objetivo geral:

- Empoderar a pessoa adulta com DM2, inscrita na UCSP de Ansião na gestão da sua saúde e na prevenção do aparecimento de complicações tardias.

De acordo com Tavares (1992), os objetivos específicos contribuem para que o objetivo geral seja alcançado, detalhando-o nas suas componentes, o torna mais fácil de ser atingido.

Como objetivos específicos para o objetivo geral acima descrito, definiram-se:

- Definir o perfil da pessoa adulta com DM2 inscrita na UCSP de Ansião;
- Que a pessoa adulta com DM2, inscrita na UCSP de Ansião demonstre conhecimentos na dimensão da doença;
- Que a pessoa adulta com DM2, inscrita na UCSP de Ansião adquira conhecimentos sobre o aparecimento de complicações tardias;
- Que a pessoa adulta com DM2, inscrita na UCSP de Ansião adquira conhecimentos sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável.

Entende-se por uma meta de acordo com Imperatori & Giraldes (1993) “ o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993:80). Deste modo, tendo em conta os objetivos específicos estabelecidos foram delineados as seguintes metas:

- Que pelo menos 90% dos participantes na consulta de vigilância da DM respondam aos questionários sociodemográficos, escala de atividade de autocuidado com DM e questionário de conhecimentos sobre a DM;
- Que 20% das pessoas adultas com DM2, inscritas no centro de saúde de Ansião na unidade funcional UCSP, adquiram conhecimentos na dimensão da doença;
- Que 20%, das pessoas adultas com DM2, na inscritas no centro de saúde de Ansião na unidade funcional UCSP, adquiram conhecimentos sobre o aparecimento de complicações tardias;
- Que 20% das pessoas adultas com DM2, na inscritas no centro de saúde de Ansião na unidade funcional UCSP, adquira conhecimentos sobre a prática de um estilo de vida saudável .

As metas são consideradas como o resultado dos objetivos estabelecidos anteriormente, bem como as atividades são um desfecho das metas determinadas (Imperatori & Giraldes, 1993). Deste modo, para que sejam alcançados os objetivos, é necessário operacionalizar uma atividade. Estas atividades revelam o que se fez para alcançar o objetivo e a estratégia compreende a combinação de atividades que tem como fim a resolução de um problema para a aquisição de resultados positivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

6. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

De acordo com Nunes (2016), nesta etapa pretende-se sugerir novas formas de atuação pelo que a estratégia tem de ser suficientemente pormenorizada para que seja possível ser compreendida.

A escolha das estratégias deve ter em conta os custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia. É possível realizarem-se diferentes combinações de abordagens do problema em causa. As análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão entre várias alternativas (Tavares, 1990).

As intervenções em ECSP, têm como objetivo a aquisição de melhores níveis de saúde para os grupos e comunidades, recorrendo a estratégias apropriadas e adequadas a cada contexto (Fonseca, 2018). Deste modo, foi tido em consideração o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

“O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é utilizado com instrumento de trabalho para os enfermeiros que apostam que a promoção da saúde não deve ser secundária, comparativamente aos cuidados à doença, podendo ser aplicado em diversos contextos e ao longo de todo ciclo vital, enfatizando o papel ativo da pessoa na gestão dos seus comportamentos de saúde.” (Costa, 2016:23).

Segundo este modelo teórico, o processo de promoção da saúde comporta três áreas, sendo estas: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde dando relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, no que concerne á promoção da saúde na pessoa diabética. Permite ao profissional de saúde, enfermeiro, realizar um cuidado de forma individual, ou em grupo, possibilitando planear as intervenções e avaliar as suas ações (Pender Murdaugh & Parsons, 2011).

Os fatores que influenciam os comportamentos de saúde são inúmeros. É necessário que o profissional de saúde estabeleça estratégias de intervenção orientadas não só para os indivíduos, mas também para todo o ambiente e outras pessoas envolventes, de forma a direcionar a pessoa no sentido do comportamento desejado. Assim, é fundamental que sejam implementadas medidas para reter ou evitar o aparecimento de complicações associadas á DM2, e melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da família. Para isso é necessário o controlo de alguns parâmetros, tais como a pressão arterial, gestão terapêutica, monitorizar a glicemia capilar (quando é necessário), alimentação, a prática de exercício físico regular, modificar estilos de vida e motivar o seguimento regular nas consultas multidisciplinares da

DM. Torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro comunitário no empoderamento da pessoa com DM2 (Fernandes, 2015).

Assim, tendo em conta a população alvo e o diagnóstico de situação efetuado, foi estabelecido como principal estratégia para atingir os objetivos anteriormente descritos, a educação para a saúde e a vigilância da saúde, visto que permite ao enfermeiro EECSP acordar métodos de ajuda. Trata-se de uma estratégia que “(...) dá ênfase à mudança voluntária e o seu foco são as atitudes e os comportamentos de saúde, o conceito de risco e perceção de risco” (Carvalho & Carvalho, 2006:16).

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), a educação para a saúde, permite que as pessoas compreendam os requisitos necessários para os cuidados de saúde, de modo a influenciar uma mudança no seu desempenho.

A educação para a saúde é uma estratégia de intervenção, que possibilita o desenvolvimento de programas e/ou atividades, com vista á promoção da literacia em saúde na DM e permite reeducar hábitos nas populações e comunidades. O utente diabético deve possuir conhecimentos que o auxiliem na mudança de estilos de vida e na melhoria da sua qualidade de vida (Toledo et al, 2016).

As atividades no âmbito da educação para a saúde em grupo pautadas na abordagem do empoderamento, permitem a construção e organização de novos conhecimentos a partir da partilha de experiências pelos indivíduos com DM2 e a participação ativa na aprendizagem das realidades vivenciadas (Santos et al, 2017).

A promoção da saúde e a prevenção de complicações, tornam-se as intervenções educativas fundamentais no contexto de atendimento. Estas favorecem o empoderamento do indivíduo portador de patologia crónica potenciando a sua capacidade funcional (Marques et al, 2019).

É imprescindível a promoção e desenvolvimento de habilidades de autocuidado, com o objetivo primordial de corresponsabilizar as pessoas diabéticas pela gestão da sua saúde e adoção de hábitos de vida saudáveis. Para tal, é necessário a realização da avaliação das ações de autocuidado destes utentes a qual deve ser integrada nos cuidados providos pelos profissionais de saúde (Marques et al, 2019).

“A utilização de instrumentos de mensuração de ações de autocuidado constitui uma ferramenta metodológica que colabora na avaliação das respostas dos pacientes ao tratamento, além de permitir a compreensão e o estudo dos problemas observados” (Marques et al, 2019).

Deste modo, foram utilizados também como estratégias a aplicação da escala de atividades de autocuidado com a DM versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007) da escala "*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA*" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000) e o questionário de conhecimentos sobre a DM da mesma

autora, com o objetivo de ter um conhecimento mais aprofundado sobre os hábitos de autocuidado e literacia sobre a doença da população alvo.

Portanto, foram selecionadas as seguintes estratégias, necessárias à prossecução dos objetivos anteriormente definidos:

- Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação e do projeto à equipa multidisciplinar da UCC e UCSP de Ansião proporcionando o sentimento de envolvimento no projeto e partilha de conhecimento;
- Aplicação do questionário sociodemográfico, questionário de avaliação de conhecimentos da DM e escala de atividades de autocuidado com a DM para determinar o perfil da população adulta com DM;
- Integração no programa de programa de vigilância da DM de acordo com as consultas parametrizadas no “SClínico”, procedendo-se à avaliação da glicemia capilar, da HbA1c, da tensão arterial, Frequência cardíaca do peso, do PA e observação dos pés. Foram ainda realizados ensinamentos ao utente e esclarecidas dúvidas existentes;
- Estabelecimento de parcerias com diferentes entidades (Câmara Municipal de Ansião e UCC Nabão) através do envio de um ofício (Apêndice VI) e entrega de convite (Apêndice VII). Tais ações visavam a apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico da situação, divulgação do projeto, com auxílio de material informativo, de forma a potenciar as capacidades e os recursos de cada entidade e ainda a colaboração na realização das sessões de educação para a saúde;
- Divulgação do projeto através da página da internet do Município (Anexo VII), assim como colocação de cartazes em pontos estratégicos;
- Promoção do empoderamento individual e grupal, da população alvo através do respeito pela sua tomada de decisão e gestão da patologia;
- Realização de sessões de educação para a saúde, tendo em conta que o grande objetivo da nossa intervenção está alocado na promoção e educação para a saúde.

Este projeto vai ao encontro do PND, (2017) que tem como missão: desenvolver e implementar programas de prevenção, de diagnóstico e tratamento precoce da DM em todo o território nacional. É um projeto que tenciona limitar o crescimento da doença e proporcionar a todas as pessoas residentes em Portugal, de forma igualitária, o acesso aos melhores cuidados de saúde, meios de diagnóstico, tratamento e reabilitação (PND, 2017).

7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

Tendo em atenção os problemas identificados e os objetivos definidos, a população do projeto de intervenção, tem como público-alvo os indivíduos diabéticos em idade adulta, inscritos no centro de saúde de Ansião, nomeadamente na UCSP.

Segundo demonstram os autores Imperatori & Giraldes (1993:149), é importante verificar “as inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das atividades.”

A elaboração de um plano detalhado das atividades, é da responsabilidade daqueles que vão dirigir o projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

De forma a dar resposta às estratégias delimitadas, a vigilância da saúde e a educação para a saúde, pretende-se a realização de uma consulta de Enfermagem de DM. Esta visa sensibilizar as pessoas diabéticas para o projeto e realizar o preenchimento do questionário sociodemográfico, questionário de conhecimentos sobre a DM e da escala de atividades de autocuidado da DM.

Inicialmente, foi criado pela enfermeira mestranda, um logótipo (figura 7), com o intuito de dar maior visibilidade ao projeto.

O círculo azul representa a doença, pois de acordo com a *Fundación Grupo de Amigos de los diabéticos* [F.G.A.D] (2014), o círculo revela a harmonia e a união e o azul simboliza a cor do céu que nos une.

A mão situada no centro do círculo, representa o empoderamento das pessoas diabéticas no conhecimento sobre a doença. Ao redor do círculo foi colocado o nome do projeto. Neste caso específico, quanto mais conhecimentos a pessoa adquirir acerca sua doença, melhor será a sua qualidade de vida e os seus ganhos em saúde.



Figura 7- Logótipo do projeto de intervenção comunitária “Aprender a Viver com a DM2”.
Fonte: Elaborado pela mestranda.

Sendo o empoderamento na gestão da saúde e prevenção do aparecimento das complicações tardias dos indivíduos adultos diabéticos o objetivo primordial, elaboraram-se as seguintes atividades:

- 1) Pedido de autorização ao autor dos instrumentos de recolha de dados** (Apêndice III);
- 2) Pedido de autorização à Comissão de ética da ARS Centro** (Apêndice II);
- 3) Pedido de autorização ao coordenador da UCSP de Ansião** (Apêndice I);
- 4) Reunião com a enfermeira coordenadora da UCSP e coordenador do centro de saúde;**

Está reunião ocorreu na sala de trabalho da enfermeira coordenadora da UCSP. Teve como objetivo apresentar o diagnóstico de situação do problema identificado, dando relevância aos benefícios do desenvolvimento deste projeto.

Foi considerado um projeto pertinente para a unidade de saúde, tendo sido dado um feedback positivo para a continuação do desenvolvimento do projeto.

- 5) Reunião com a enfermeira coordenadora da UCSP e o médico responsável pelo programa de vigilância da DM na UCSP;**

Está reunião ocorreu na sala de trabalho da enfermeira coordenadora da UCSP. Teve como objetivo apresentar o diagnóstico de situação do problema identificado. No referido momento deu-se relevância aos benefícios do desenvolvimento do mesmo e apresentação do projeto de intervenção comunitária. Desta reunião foi deliberado que a faixa etária dos 18 aos 64 anos é a faixa prioritária da intervenção a ser realizada, visto que uma atuação precoce permite prevenir o aparecimento de complicações tardias posteriormente. Não existia conhecimento por parte do clínico do número concreto de utentes diabéticos com HTA associada, tendo ficado surpreendido com os dados apresentados. Deste modo, ficou evidente a necessidade de desenvolver a temática relacionada com a adoção de um estilo de vida saudável na intervenção a ser concretizada .

- 6) Reunião com as entidades parceiras e equipa multidisciplinar da UCSP de Ansião;**

Tem como objetivo dar a conhecer o projeto e os seus objetivos, apelando ao desenvolvimento de relações estratégicas, sendo que o plano da reunião se encontra no Apêndice IX.

Nesta reunião, a Câmara Municipal demonstrou disponibilidade para colaborar nas atividades. A entidade mostrou-se recetiva á divulgação do projeto na sua rede social, bem como a cedência do pavilhão municipal para realização da atividade ” Exercite-se para manter o equilíbrio”, caso as condições meteorológicas não permitissem a sua realização no Parque Verde do município. Disponibilizou ainda o técnico de desporto do Município para a realização desta sessão de educação para a saúde.

A enfermeira coordenadora da UCC, também demonstrou disponibilidade para apoiar e divulgar o projeto. Inicialmente foi realizado um pedido por e-mail de parceria com a URAP com o objetivo de divulgar o projeto e pedir a colaboração da Nutricionista para a realização da sessão de educação para a saúde “ comer bem e viver melhor“. Contudo apesar dos vários contactos não foi obtida qualquer resposta, pelo que posteriormente foi solicitada a colaboração da Nutricionista da Santa Casa da Misericórdia de Alvaiázere que aceitou prontamente este desafio. Foi ainda realizada a tentativa de parceria com a junta de freguesia e rádio local, do qual também não foi obtida qualquer resposta.

7) Divulgação do Projeto;

O uso da comunicação e da divulgação, permite abranger um maior número de indivíduos com DM2 em idade adulta inscritos na UCSP de Ansião, que cada vez mais, estão presentes no mundo digital.

A comunicação e divulgação de um projeto de intervenção comunitária são fundamentais para aumentar a adesão da população e o sucesso do mesmo. Para a divulgação do projeto optou-se por pedir a colaboração das entidades parceiras. Deste modo, foi solicitado que realizassem a divulgação do projeto no site da Câmara Municipal, rede social e afixação de cartazes (Apêndice XIV) em pontos estratégicos. Foi ainda criada uma página de *Facebook* “Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2” (Apêndice XV).

8) O Agendamento da consulta de vigilância da DM;

A realização das consultas de vigilância da DM seguiu o agendamento de consultas de DM por médico de família, sendo que cada clínico tem um dia específico para a realização das mesmas. Este método foi adotado, visto que a população adulta se encontra em atividade laboral e se mostra pouco receptiva a participação neste tipo de iniciativas. Perante este cenário aproveitou-se assim o facto de terem de ir à consulta de 6 em 6 meses para reavaliação, evitando deslocações desnecessárias e faltas ao trabalho. A adoção destas estratégias teve como principal dificuldade, o facto de o número de utentes desta faixa etária por consulta diária, ser reduzido o que fez com que a recolha de dados fosse mais morosa.

9) Definir o perfil da pessoa adulta com DM2;

Torna-se imprescindível determinar o grau de conhecimento do indivíduo adulto com DM2. Só assim é possível identificar as suas necessidades, os seus determinantes em saúde, o seu conhecimento, competências e representações que possam influenciar a gestão da sua doença. É também indispensável incentivar ao autocuidado e autoavaliação, para que o indivíduo diabético consiga reconhecer e identificar novas necessidades de aprendizagem. (SPD, 2018).

Ao identificar através do diagnóstico da situação o problema da DM na população adulta inscrita na UCSP de Ansião, resultante dos dados epidemiológicos procedeu-se à realização de um estudo descritivo, quantitativo não experimental. Para tal recorreu-se à aplicação de

instrumentos de recolha de dados direcionados aos utentes adultos com DM2 que compõem a amostra.

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi efetuada durante a realização da consulta de enfermagem de vigilância da DM, de acordo o agendamento de consultas diárias por médico de família .

Estas atividades tiveram início em outubro de 2019 e pretenderam contribuir para um melhor controlo da DM, bem como para uma diminuição do número de complicações da mesma.

Nesta consulta participaram cerca de 42 utentes adultos, sendo que foram selecionados 40 por cumprirem os critérios delineados e foram excluídos do estudo 2 utentes por terem DM1.

Numa fase inicial foi realizado de forma sucinta a apresentação da mestranda e do projeto. Posteriormente para o preenchimento dos questionários foi realizado o pedido de consentimento livre e informado (Apêndice IV). Este último foi assinado em duplicado e facultado uma copia ao participante, sendo que outra foi agregada aos questionários.

Para que esta consulta seja concretizável, é necessário um médico de medicina geral e familiar e um enfermeiro.

Durante a consulta foram delineadas as seguintes atividades:

- Colheita da história clínica;
- Avaliação da tensão arterial, frequência cardíaca, peso, altura, IMC, glicemia capilar, valor de HbcA1 nas últimas análises e avaliação do PA;
- Realização do rastreio de pé diabético a quem ainda não tinha realizado no presente ano. O utente que apresente alterações nos pés é realizado o encaminhamento para a consulta de pé diabético;
- Aplicação do questionário sociodemográfico, questionários de avaliação de conhecimentos sobre a DM e da escala de atividade de autocuidado com a DM. O seu preenchimento foi realizado pela mestranda;
- Após a aplicação dos instrumentos acima citados, foram realizados ensinamentos sobre vigilância e auto-monitorização da doença, a importância do autocuidado nos pés, identificação dos fatores de risco, a importância de uma alimentação saudável e da prática regular de exercício físico e a importância da adesão ao regime terapêutico;
- Administração da vacina da gripe aos utentes diabéticos que a solicitaram.

Neste processo a equipa multidisciplinar da UCSP teve um papel imprescindível de apoio, coordenação e papel de facilitadora do processo, visto que deu autonomia à mestranda para realizar as consultas de vigilância da DM agendadas. Possibilitou o acesso à consulta do processo do utente e efetuar os registos no “Sclínico”. Desta forma, permitiu o

desenvolvimento do sentimento de pertença á equipa, de promoção de um ambiente descontraído e de facilitador do processo de aprendizagem.

10) Realização das sessões de educação para a saúde;

A realização de sessões de educação para a saúde em grupo é uma técnica vantajosa, visto que permite a promoção da interação entre os participantes; a estimulação da aprendizagem e convívio; rentabilização do tempo e a partilha de experiências e de competências. Estas atividades têm como objetivo promover a saúde, e é neste sentido que os enfermeiros são os veículos que capacitam as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

De acordo com Tavares (1990) no que diz respeito à exposição das atividades, estas devem ser especificadas de acordo com a atividade, participantes, local e data, descrição, objetivos e avaliação (Apêndice IX). Procedeu-se á programação das atividades de acordo com o plano estipulado no cronograma. A elaboração do cronograma é um facilitador na abordagem e identificação das atividades desenvolvidas, bem como na contextualização temporal do desenvolvimento das mesmas (Tavares, 1990).

A amostra representativa da população, foi convocada a participar nas sessões de educação para a saúde através do contacto telefónico, distribuição de convites (Apêndice VIII), e divulgação nas redes sociais. Considerámos fundamental que, para além da amostra representativa da população, a população alvo também pudesse participar.

As sessões iniciaram-se em novembro, aproveitando o facto de ser o mês em que se comemora o Dia Mundial da Diabetes.

Foi ainda elaborado uma folha de presenças para cada sessão (Apêndice X) e disponibilizado material informativo (Apêndice XI).

As sessões de educação para a saúde foram planeadas de acordo com a tabela seguinte:

Temas a desenvolver	Áreas/ Atividades a desenvolver	Duração	Local	Formador
1. Vamos falar sobre a Diabetes	<ul style="list-style-type: none">Definição da diabetes;Tipos de diabetes;Prevenção dos fatores de risco;Rastreio e diagnóstico;Tratamento das complicações.	35 min	Sala de Reuniões da UCSP	Enfermeira Mestranda
2. Viver com a diabetes	<ul style="list-style-type: none">Definição de hipoglicemia e hiperglicemia;Sinais e sintomas;O que fazer em caso de hipo e hiperglicemia;Vigilância da glicemia: Cuidados a ter;	35 min	Sala de Reuniões da UCSP	Enfermeira Mestranda

	<ul style="list-style-type: none">• Importância da adesão ao regime terapêutico.			
3. Coma bem e viva Melhor	<ul style="list-style-type: none">• Explicação sobre os diferentes grupos de alimentos;• Escolha de alimentos com baixo índice glicémico;• Exemplos dos diferentes tipos de hidratos de carbono; quando se devem consumir;• Escolha de frutas e quando deve ser feita a ingestão;• Exemplos práticos de gramas de açúcar em alguns doces consumidos;• Exemplo de um plano alimentar.	45 min	Sala de Reuniões da UCSP	Nutricionista Enfermeira Mestranda
4. Exercite-se para manter o equilíbrio	<ul style="list-style-type: none">• Importância da atividade física;• Atividade física e diabetes;• Riscos inerentes;• Contraindicações;• Estruturas existentes no concelho que promovam a atividade física;• Aquecimento, exercício e alongamento.	45 min	Jardim Municipal /pavilhão Municipal	Técnico de Desporto Enfermeira Mestranda

Tabela 1- Planeamento das sessões de educação para a saúde .

Fonte : Elaborado pela mestranda, em novembro de 2019.

As ações educativas junto ao utente, grupos e comunidade, têm um papel essencial no controlo da DM2. As suas complicações estão intimamente relacionadas com o conhecimento para o autocuidado diário adequado e ao estilo de vida saudável (Imazu, 2015).

Os diversos estudos divulgados, afirmam que para promover o controlo da DM2 as estratégias educativas como a educação em grupo têm apresentado um resultado favorável. Estas ações possibilitam a educação para a adesão a práticas de autocuidado e promovem as atividades educativas no controlo da condição crónica no âmbito da alimentação adequada, da prática de exercícios físicos e também para a capacidade para a resolução de problemas. As estratégias quando associadas a uma abordagem de empoderamento, por meio do diálogo e valorização da pessoa, dos conhecimentos e das atitudes, são consideradas fundamentais na promoção e prevenção de complicações (Santos et al, 2017).

Estas sessões permitem aos indivíduos refletir acerca dos seus comportamentos, o que contribui para a mudança dos mesmos e consequentemente um melhor controlo da patologia (*Healthy Interactions Inc.*, 2009).

As principais dificuldades na realização das sessões de educação para a saúde, prendem-se com a baixa adesão por parte da amostra á participação nas atividades

realizadas. Por outro lado, o apoio da equipa multidisciplinar da UCSP de Ansião foi imprescindível para a criação de um ambiente favorável á aprendizagem e ânimo.

7.1 PREVISÃO DE RECURSOS

De acordo com Tavares (1990), é fundamental em todo o processo de planeamento a identificação dos recursos humanos, financeiros e materiais necessários. É imprescindível realizar a otimização de recursos, de forma a trazer benefícios tanto na satisfação profissional como na motivação dos intervenientes no projeto (Tavares, 1990).

Entende-se por recursos humanos segundo Schneider & Flach, (2017), “as pessoas que estão envolvidas na implementação e execução do projeto com a respetiva função, carga horária e responsabilidades dentro do projeto” (Schneider & Flach, 2017:23).

Os recursos humanos são imprescindíveis para se concretizar os objetivos propostos e efetivar o projeto de intervenção. Neste sentido foram delineados os seguintes:

- Enfermeira mestranda;
- Enfermeira orientadora;
- Professor orientador;
- Médico responsável pelo programa de vigilância da DM;
- Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da UCC;
- Elementos da equipa multidisciplinar (equipa médica, enfermeiros da UCSP e UCC e administrativos);
- Nutricionista da Santa Casa da Misericórdia de Alvaiázere
- Câmara Municipal de Ansião;
- Técnico de Desporto disponibilizado pela Câmara Municipal de Ansião;
- Utentes adultos com DM2, inscritos na UCSP de Ansião.

Os recursos financeiros são definidos como os valores relacionados com o pagamento aos recursos materiais e humanos que permitem a concretização do projeto (Schneider & Flach, 2017). Neste sentido os recursos despendidos para a realização deste projeto de intervenção foram reduzidos, pois os recursos humanos disponibilizaram-se a participar nas atividades no seu horário de trabalho, bem como os utentes que usufruíram da consulta de enfermagem de vigilância da DM.

No que diz respeito aos recursos materiais, estes ficaram a cargo da enfermeira mestranda e foram utilizados os seguintes: recursos audiovisuais (computador, impressora, fotocopadora, *data show*, tela, *pen-drive*), material de escritório utilizado na elaboração dos

convites, cartazes e material de leitura providenciado nas diversas sessões (canetas, folhas A4 e A3, agrafador, furador, toner, papel de encapar).

A mestranda ofereceu ainda uma lembrança de agradecimento á nutricionista convidada pela disponibilidade demonstrada e colaboração na realização da sessão de educação para a saúde sobre alimentação saudável.

Para o desenvolvimento das estratégias, é necessário realizar o cálculo dos custos estimados para que estas sejam cumpridas. Foi realizado uma previsão de todas as despesas necessárias para a realização de um projeto como se pode verificar no quadro 11.

RECURSO	CUSTO UNITÁRIO	QUANTIDADE	CUSTO TOTAL
Quilómetros	0,4	1080	432
Despesas de Funcionamento	20	10	200
Computador Portátil	630	0,5	315
Projektor de Vídeo	600	0,5	300
Impressora	200	0,5	100
Publicidade	0,5	100	50
Fotocópias	0,1	2500	250
Material Didático	10	25	250
Material de enfermagem	10	20	200
Total			2097

Quadro 11 - Cálculo dos custos da estratégia
Fonte: Elaboração pela mestranda.

7.2 CRONOGRAMA

O cronograma permite organizar o projeto e verificar se foram desenvolvidas todas as etapas do mesmo permitindo ainda efetivar o tempo previsto para a sua realização (Schneider & Flach, 2017).

Imperatori & Giraldes (1993:154), afirmam que o cronograma apresenta “(...) duas dimensões onde se representa nas abcissas o tempo (dias, meses, etc.) e nas ordenadas as atividades que formam o projeto.”

Deste modo, foi elaborado o cronograma de atividades (tabela 1), uma vez que contempla as etapas do projeto com o objetivo de auxiliar a visualização das atividades e a gestão do tempo para a realização das tarefas.

Em relação ao plano de atividades, pode-se afirmar que foi cumprido tendo em conta o planeamento efetuado. No final das sessões foi entregue material informativo/didático e procedeu-se á aplicação dos questionários de avaliação das sessões, bem como a entrega dos certificados de participação.

Ano 2019	Setembro			Outubro				Novembro				Dezembro			Janeiro		
Meses	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Atividades/semanas	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Reunião com o coordenador da UCSP e Enfª. coordenadora .			■														
Reunião com a Enfª. coordenadora e o Médico responsável pelo programa de vigilância da DM				■													
Reunião com o coordenador da UCSP, Enfª. coordenadora, entidades parceiras, Nutricionista, Enfermeiros da UCC e da UCSP.					■												
Identificar os utentes em idade adulta com DM2 referenciados para programa de vigilância da DM.				■	■												
Realização da consulta de Enfermagem de DM - Aplicação dos instrumentos de recolha de dados.					■	■	■	■	■								
Apresentação do projeto na escola.						■											
Reunião com os intervenientes do projeto						■	■										
Divulgação do projeto pela população alvo e população em geral do concelho de Ansião.					■	■	■	■	■	■							
Reunião com formadores (Revisão do Plano de Formação).										■							
Formação “Vamos falar sobre a Diabetes”											■						
Formação “Viver com Diabetes “												■					
Formação “Coma bem e viva Melhor”													■				
Formação” Exercite-se para manter o equilíbrio”														■			
Avaliação – Indicadores															■	■	
Reformulação dos Objetivos e estratégias																	■
Elaboração do Relatório															■	■	■

Tabela 2- Cronograma de atividades.
Fonte: Elaborado pela mestranda ,em outubro de 2019.

8. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A promoção da saúde de acordo com a OMS, é um processo que se desenvolve ao longo da vida e que possibilita ao indivíduo fazer escolhas conscientes no que diz respeito à sua saúde e a dos que o rodeiam.

O incentivo à promoção da saúde é, cada vez mais uma prioridade. Os problemas de saúde estão inter-relacionados com os estilos de vida e comportamentos que são responsáveis pelo bem estar e qualidade de vida da pessoa e da comunidade (Ribeiro, 2015).

Deste modo, para realizar uma intervenção no âmbito da promoção da saúde é fundamental possuir um conhecimento mais aprofundado possível sobre a população alvo, para que as intervenções delineadas venham ao encontro das suas necessidades. Foi necessário aprofundar o diagnóstico na intervenção.

A população é “(...) um grupo de pessoas ou elementos com características comuns “(Fortin, 2009:69).

Deste modo, tendo em conta a temática selecionada para o desenvolvimento deste projeto, é necessário descrever a população com DM inscrita na UCSP de Ansião.

A amostra é definida como “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo, que deverá ser representativa da população, ou seja, devem estar presentes as características conhecidas da população “(Fortin, 2009:312).

A realização de uma reunião com a enfermeira coordenadora da UCSP, demonstrou que a DM2 era uma problemática da UCSP. Esta faz parte das áreas prioritárias de intervenção, tendo sido confirmado após a realização do diagnóstico de situação.

Observou-se que, na unidade funcional UCSP de Ansião, até dia 4 de junho de 2019 existiam inscritos cerca de 1201 utentes com DM, distribuídos por 8 médicos de medicina geral e familiar existentes na UCSP.

A faixa etária predominante dos utentes diabéticos é dos 65 ou mais anos (855 utentes) e dos 20 aos 64 anos contabilizam-se 346 utentes com DM. Após a deliberação com a enfermeira orientadora e o médico de medicina geral e familiar responsável pelo programa da vigilância da DM, selecionou-se a faixa etária dos 18 aos 64 anos, inscritos na UCSP de Ansião, (ou seja, a população adulta), para ser a população alvo das intervenções. Tal escolha justificou-se tendo em conta os objetivos propostos para o projeto e pelo facto de a nível mundial, nacional e local se verificar a existência de indivíduos cada vez mais jovens com DM.

O estudo da população alvo, na sua totalidade não é de todo possível, pelo que é fundamental examinar a população acessível. Esta deve ser representativa da população (Fortin, 2009).

O facto de a população em estudo ser numerosa (346 utentes) conduziu á utilização da técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência.

Foi realizado o cálculo de uma amostra representativa da população de 15%, perfazendo o total de 40 utentes adultos com DM2. Como os utentes diabéticos inscritos na UCSP estão divididos por 8 médicos de medicina geral e familiar, foram selecionados de forma aleatória 5 utentes por médico de família com consulta já agendada. O estudo decorreu de 1 de outubro de 2019 a 15 de novembro de 2019.

A amostra foi constituída por indivíduos da população facilmente alcançáveis, e que respondiam a critérios de inclusão e exclusão precisos (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: utentes com DM2, utentes em idade adulta (18 aos 64 anos inclusive) e utentes inscritos na UCSP.

Os critérios de exclusão contemplam os utentes com 65 ou mais anos, utentes institucionalizados, utentes com DM1 e utentes com demência.

Após a determinação da amostra, esse número foi convocado para as sessões de educação para a saúde.

Para o preenchimento do questionário sociodemográfico, da Escala de Atividades de Autocuidado com a DM versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007) da escala "*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA*" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000) e Questionário de Conhecimentos sobre a DM, mediante parecer positivo da autora (Anexo IV), procedeu-se à sua aplicação. Este passo foi efetuado pelo investigador, após assinatura do termo de consentimento livre e informado por parte do utente, durante a consulta de vigilância de DM, tendo demorado em média 15 minutos o seu preenchimento.

9. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a aplicação do questionário sociodemográfico, questionário de conhecimento da DM e escala de atividades de autocuidado com a DM, (realizada durante a consulta de enfermagem de vigilância da DM) foi necessário realizar o tratamento dos dados recolhidos.

“Os resultados são as informações numéricas que resultam da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida” (Fortin, 2009:473).

Os dados recolhidos estão apresentados em forma de gráficos, quadros e tabelas utilizando frequências absolutas, relativas e médias de acordo com as características da amostra para facilitar a interpretação dos dados.

Foi utilizado o programa informático Microsoft Excel versão 2011, para realizar o tratamento estatístico.

Os dados foram recolhidos durante a consulta de enfermagem de vigilância da DM, pelo que foi realizado a monitorização dos parâmetros peso, altura, IMC, PA, tensão arterial, frequência cardíaca e glicemia capilar em jejum. Os valores de HbA1c foram recolhidos de acordo com os valores das últimas análises efetuadas pelo utente.

Para realizar a monitorização dos parâmetros acima mencionados, foi necessário utilizar alguns equipamentos e materiais tais como:

- Balança Analógica - permite avaliar o peso corporal, com uma escala padrão colocada sob uma superfície plana com o ponteiro no zero, sendo solicitado ao utente que esteja descalço e remova o excesso de roupa.
- Fita métrica - ajustada numa parede de forma vertical, utilizada para avaliar a estatura, com utente descalço, pés unidos encostados á parede e cabeça no plano. Foi também utilizada a fita métrica, para determinar o PA pelo que foi colocado a fita diretamente sob a pele, a 2 cm acima das cristas íliaca passando pelo umbigo. Procedeu-se á comparação com os resultados de consultas anteriores.
- Medidor digital de tensão arterial - procedeu-se á avaliação da tensão com a pessoa sentada com o braço sob a secretária ao nível do coração e sem roupas apertadas, proporcionando-se um ambiente tranquilo e temperatura amena, tendo sido realizadas duas avaliações intervalares e registada a média.
- Medidor de glicémia - com o utente em jejum ou aproximadamente 2h após a última refeição (Bastos, 2004).

No que diz respeito, á faixa etária da amostra selecionada, observou-se uma média de idades de 55,8 anos sendo que grande parte dos utentes com DM2 apresenta idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (83%, n=33). Os utentes com idades compreendidas entre os 44 e os 54 anos estão em menor percentagem cerca de 17% (n=7) (gráfico 14).

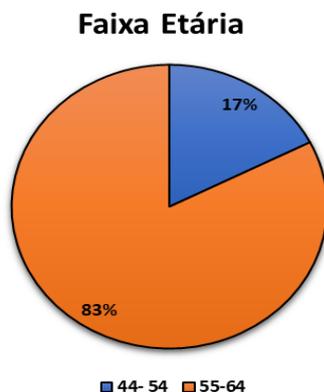


Gráfico 14- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Quanto ao sexo verificou-se uma predominância dos utentes do sexo masculino (58%, n=23) em relação aos utentes do sexo feminino (42%, n=17) (gráfico 15).

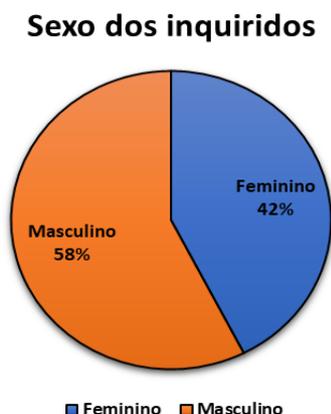


Gráfico 15 - Distribuição da amostra segundo o sexo.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Em relação ao estado civil, verificou-se uma predominância do estado civil casado(a) 75% (n=30) por outro lado, o estado civil Divorciado (a)/Viúvo(a)/Solteiro(a) surge com uma percentagem de 25% (n=10) (gráfico 16).

Estado Civil

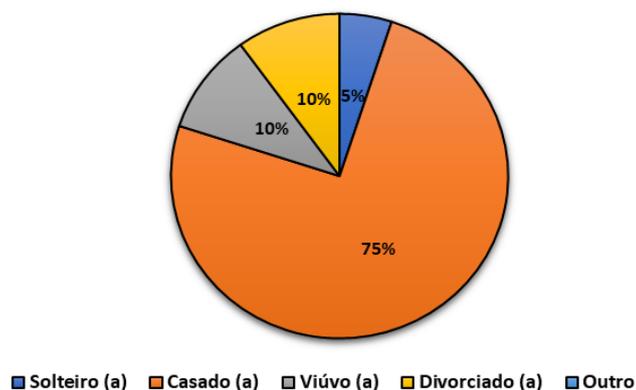


Gráfico 16- Distribuição da amostra segundo o estado civil.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Outro dos dados indicativos da amostra em relação às habilitações literárias, mostra que o 4º ano de escolaridade foi o grau de instrução predominante (55%,n=22), seguindo-se o ensino básico (27%,n=11), posteriormente o ensino secundário que surge na terceira posição (15%, n=6) e por último com menor percentagem surge o ensino superior (3%, n=1) (gráfico 17).

Nível de Escolaridade

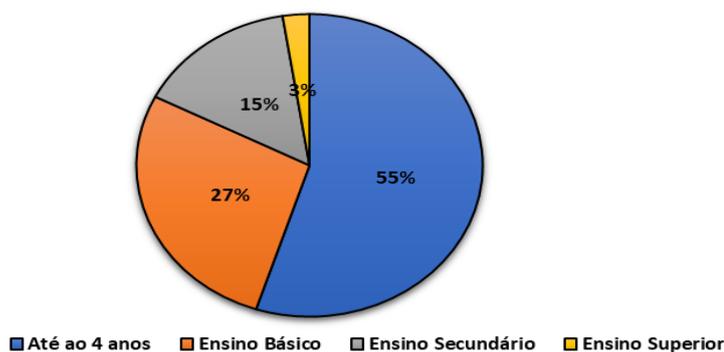


Gráfico 17 - Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

No que concerne á profissão, verifica-se que 35% (n=14) da amostra estudada é reformada/aposentada surgindo em segundo lugar, com a percentagem mais alta (20%, n=8) as pessoas que se dedicam ao trabalho doméstico. Averiguou-se ainda, uma grande diversidade de profissões, desde empregado(a) fabril 13% (n=6), pedreiro 7% (n=3) empregado(a) de mesa e carpinteiro com 5% (n=2) de ponderação respetivamente; auxiliar de lar, agricultor, comerciante, mecânico, solicitador, calceteiro com 2% (n=1) respetivamente (gráfico 18).

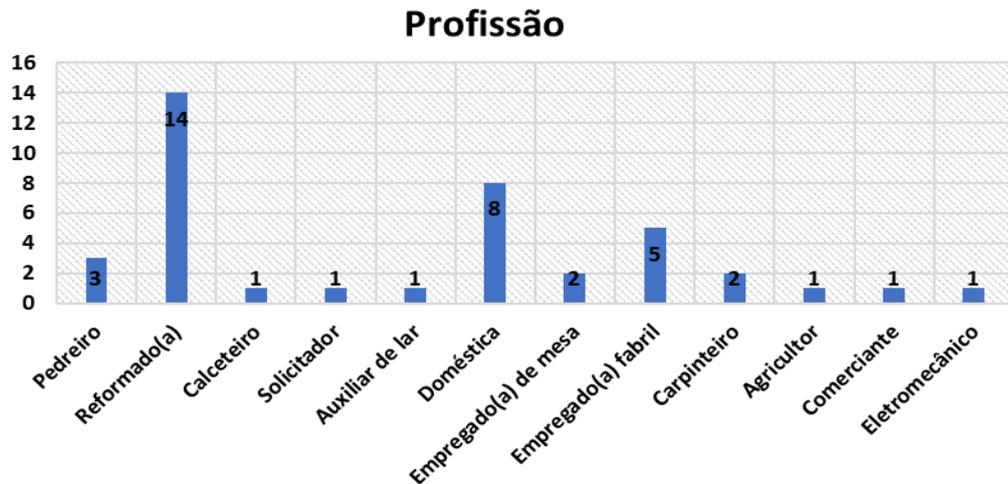


Gráfico 18 - Distribuição da amostra segundo a profissão.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Relativamente aos parâmetros antropométricos avaliados aos 40 utentes que compõem a amostra, averiguou-se: quanto ao peso e valor mínimo verificado situa-se nos 60 kg e valor máximo nos 110 kg, obtendo-se uma média de 79,85 kg. Em relação á altura os valores variam entre 146 cm e 180 cm, sendo a média de 166,6 cm de altura.

No que diz respeito ao IMC, que corresponde à razão entre peso e o quadrado da estatura (sendo uma variável quantitativa intervalar), teve-se por base os valores de referência da DGS: peso normal ($< 25 \text{ Kg/m}^2$), excesso de peso corporal ($25\text{-}30 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($>30 \text{ kg/m}^2$). Averiguou-se que 55% ($n=22$) dos participantes apresentam um IMC ≥ 25 (excesso de peso corporal), 35% ($n=14$) IMC ≥ 30 (obesidade) e apenas 10% ($n=4$) dos indivíduos apresentam um IMC entre 18,5 e 24,9 (peso normal) (gráfico 19).

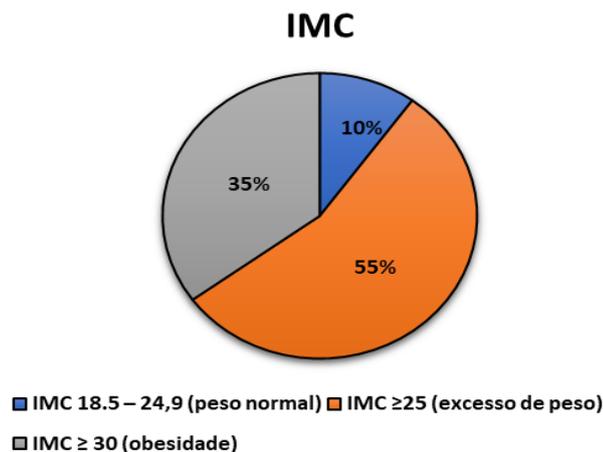


Gráfico 19 - Distribuição da amostra de acordo com valor do Índice de Massa Corporal [IMC].
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Quanto ao PA, avaliado numa escala intervalar, os utentes foram distribuídos por categorias, de acordo com os valores de referência apresentados pela DGS (2013), em: sexo

masculino PA normal (< 94cm), risco aumentado (\geq 94-102cm) e risco muito aumentado (>102cm); e para o sexo feminino em PA normal (< 80cm), risco aumentado (\geq 80-88cm) e risco muito aumentado (\geq 88cm).

O PA dos indivíduos que compõem a amostra, oscila entre um mínimo de 68 cm e um máximo de 130 cm, com uma média de 99,55 cm.

Ao relacionar o PA com o sexo, averiguou-se que no sexo masculino 14% apresentam PA < 94cm, 41% entre \geq 94-102cm e 45% >102cm; no sexo feminino 12% das participantes têm um PA < 80cm, 6% têm \geq 80-88cm e 82% apresentam PA \geq 88cm (tabela 2).

Sexo feminino	Percentagem	Sexo Masculino	Percentagem
PA < 80cm	12%	PA < 94cm	14%
\geq 80-88cm	6%	\geq 94-102cm	41%
PA \geq 88cm	82%	>102cm	45%

Tabela 3- Perímetro Abdominal [PA], em percentagem por sexo.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

A HbA1c é um parâmetro que possibilita o controlo da doença e o ajuste do tratamento, visto que permite obter os valores médios de glicemia durante os últimos 2-3 meses (APDP, 2018). A ADA e a IDF definem nas suas *guidelines* que são diabéticas todas as pessoas com valores de HbA1c \geq 6,5 (IDF, *Guidelines* 2016) e HbA1c \geq 7 (ADA, *Guidelines* 2019).

Neste estudo, averiguou-se que cerca 30% (n=12) tem um HbA1c < 6,5, 55% (n=22) da amostra apresenta um valor de HbA1c \geq 6,5 e 15% (n=6) não têm registo de HbA1c (gráfico 20).

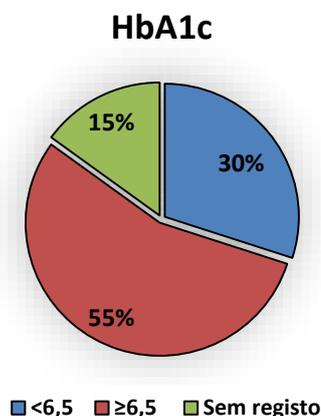


Gráfico 20 - Distribuição da amostra de acordo com valor da HbA1c.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Quanto ao valor da glicemia capilar em jejum, os valores oscilaram entre 95 mg/dl e 260 mg/dl situando-se a média nos 137,45 mg/dl.

Da amostra inquirida verificou-se ainda, que cerca de 43% (n=17) tem um valor de tensão arterial sistólica \geq 140 mmHg e 75% (n=30) da amostra tem valores de tensão diastólica \geq 80 mmHg. Para tal análise teve-se em consideração os valores de referência preconizados pela norma 020/2011 da DGS (2013).

Os valores de frequência cardíaca, variaram entre 42 a 104 batimentos por minuto (bpm), situando-se a média nos 77,6 bpm.

Após realizar a avaliação dos parâmetros antropométricos, inquiriram-se os participantes relativamente a questão “há quanto tempo é diabético (a)?”, verificou-se que 52% (n=21) da amostra tem DM á menos de 10 anos, 33% (n=13) tem a patologia á mais de 10 anos, 10% (n=4), tem á menos de 1 e apenas 5% (n=2) tem DM á mais de 20 anos.

Relativamente á existência de familiares com DM, verificou-se que cerca de 67% (n=27) têm antecedentes familiares de DM.

A terapêutica medicamentosa mais utilizada pela amostra, é a toma de antidiabéticos orais correspondendo a uma percentagem de 95% (n=38).

Quanto á prática de uma alimentação saudável, 66% (n=25) da amostra, afirmou não ter uma alimentação equilibrada e saudável.

Relativamente ao número de refeições diárias, averiguou-se que 40% (n=16) da amostra faz 4 refeições por dia, 37% (n=15) menciona que faz cerca de 3 refeições diárias, 18% (n=7) faz cerca de 5 refeições e apenas 5% (n=2) faz 6 refeições por dia (gráfico 21).

Número de refeições diárias

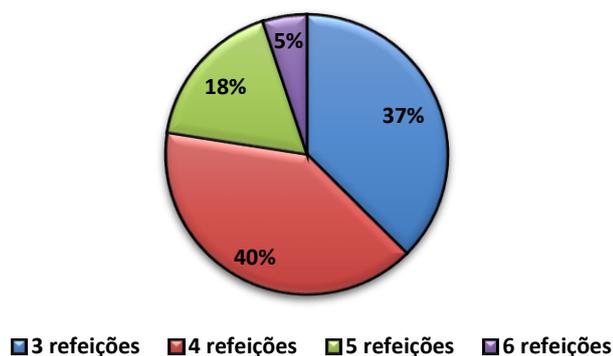


Gráfico 21 - Distribuição da amostra de acordo com o número de refeições diárias.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Quanto á prática de exercício físico, 73% (n=29) referiu não praticar atividade física com regularidade (gráfico 22) referindo que o trabalho deveria contar como prática de exercício físico.

Prática exercício físico regular?

■ 10- Atividade física regular? Sim ■ 10- Atividade física regular? Não

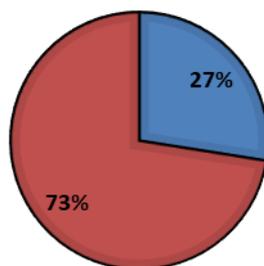


Gráfico 22 - Distribuição da amostra de acordo com o número de refeições diárias.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Na questão “Já teve complicações associadas á diabetes?” 98% (n=39) refere não ter apresentado complicações associadas á doença, e na questão “Tem outras doenças associadas?”, 100% (n=40) da amostra, refere ter outras patologias associadas sendo a patologia mais referida a HTA.

9.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES

Quanto ao questionário de conhecimento sobre a DM (gráfico 23 e tabela 2), observou-se que na dimensão da doença (itens 1,2,3,4,5,6,9,11) a percentagem de respostas corretas foi 61% (n=201) e a percentagem de respostas incorretas foi 39% (n=119). Nas questões 1 e 3 averiguou-se um maior número de respostas incorretas, 77% e 52% respetivamente, e nas questões 5 e 11 foi onde existiu um maior número de respostas corretas, 85% respetivamente.

Na dimensão das consequências da doença (itens 14,15,16,17,20 e 23), constatou-se que a percentagem de respostas adequadas foi de 71% (n=200) e a percentagem de respostas incorretas foi de 29% (n=80). Já nas questões 16 (92%) e 20 (85%) foi onde se verificou uma maior percentagem de respostas corretas, sendo que na questão 17 averiguou-se um maior número de respostas incorretas 65% (n=26).

Quanto á dimensão controlo da doença (itens 7,19,13,18 e 24), a percentagem total de conhecimentos adequados foi de 49% (n=98) e de conhecimentos inadequados foi 51%(n=101). A questão onde existiu um maior número de respostas corretas foi na questão 18 (95%, n=38) e onde existiram mais respostas incorretas foi na questão 24 (82%, n=33) e 13 (60%, n=24).

Por fim, na dimensão sintomatologia da hipoglicemia e hiperglicemia (itens 8,12,21 e 22), a percentagem de conhecimentos adequados foi de 49% (n=78) e conhecimentos incorretos foi 51% (n=82). A pergunta 8, foi aquela onde se revelaram-se maiores níveis de conhecimento (75%, n=30) e nas perguntas 21 e 22 foi onde se verificaram menos respostas corretas (67%, n=27) respetivamente.

DIMENSÕES	QUESTÕES	CORRETAS(%) E FREQUÊNCIA	INCORRETAS (%) E FREQUÊNCIA
Dimensão da doença (8 itens)	1. Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes	23% (n=9)	77% (n=31)
	2. A causa comum da diabetes é a falta de insulina efetiva no corpo	72% (n=29)	28% (n=11)
	3. Diabetes é causada pelo mau funcionamento dos rins que não conseguem manter o açúcar fora da urina	48%(n=19)	52% (n=21)
	4. Os rins produzem insulina	65%(n=26)	35% (n=14)
	5. Na diabetes que não é tratada, a quantidade de açúcar no sangue normalmente sobe	85%(n=34)	15% (n=6)
	6. Se sou diabético, os meus filhos irão apresentar um maior risco de serem diabéticos	67%(n=27)	33%(n=13)
Dimensão controlo da doença (5 itens)	7. A diabetes pode ser curada	53% (n=21)	47% (n=19)
Dimensão da sintomatologia da doença (4 itens)	8. Um nível de açúcar de 210 na análise do sangue é muito elevado	75% (n=30)	25%(n=10)
Dimensão da doença (8 itens)	9. A melhor forma de controlar a minha diabetes é fazer análises á urina	58%(n=23)	42%(n=17)
Dimensão controlo da doença (5 itens)	10. O exercício regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes	41%(n=16)	59% (n=23)
Dimensão da doença (8 itens)	11. Existem dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (dependente de insulina) e tipo 2 (não dependentes de insulina)	85%(n=34)	15%(n=6)
Dimensão da sintomatologia da doença (4 itens)	12. Uma reação excessiva da insulina após ingestão de muitos alimentos pode provocar baixa de açúcar no sangue	55%(n=22)	45% (n=18)
Dimensão controlo da doença (5 itens)	13. A medicação é mais importante do que a dieta e o exercício para controlar a minha diabetes	40%/n=16)	60%(n=24)
Dimensão consequências da doença (7 itens)	14. A diabetes provoca, por vezes má circulação	77%(n=31)	23%(n=9)
	15. Golpes e feridas demoram mais tempo a cicatrizar nos diabéticos	75%(n=30)	25%(n=10)
	16. Os diabéticos devem ter um cuidado especial ao cortar as unhas dos dedos dos pés	92%(n=37)	8%(n=3)
	17. Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com iodo e álcool	35%(n=14)	65%(n=26)

Dimensão controlo da doença (5 itens)	18. A forma como preparo a minha comida é tão importante como a comida que ingiro	95%(n=38)	5%(n=2)
Dimensão consequências da doença (7 itens)	19. A diabetes pode causar danos nos meus rins	55%(n=22)	45% (n=18)
	20. A diabetes pode causar perda de sensibilidade nas mãos, dedos e pés	85%(n=34)	15%(n=6)
Dimensão da sintomatologia da doença (4 itens)	21. Tremer e suar são sinais de açúcar elevado no sangue	33%(n=13)	67%(n=27)
	22. Urinar frequentemente e ter sede são sinais de açúcar baixo no sangue	33%(n=13)	67%(n=27)
Dimensão consequências da doença (7 itens)	23. Collants e meias elásticas apertadas não causam danos aos diabéticos	80%(n=32)	20%(n=8)
Dimensão controlo da doença (5 itens)	24. Uma dieta para a diabetes consiste, maioritariamente, em alimentos especiais	18%(n=7)	82%(n=33)

Tabela 4- Distribuição da amostra de acordo com as dimensões.
Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

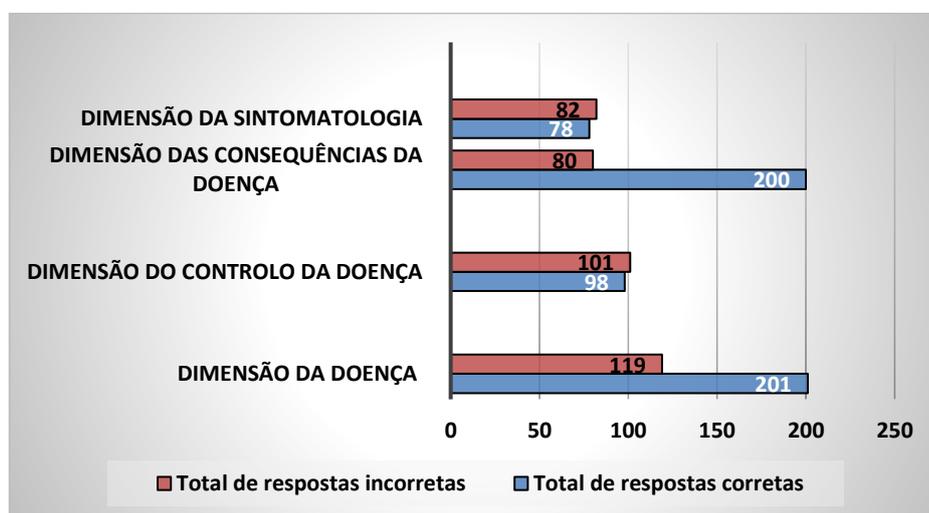


Gráfico 23 - Percentagem de utentes com DM2, de acordo com o número de respostas corretas e erradas no geral.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Após a análise do questionário de avaliação de conhecimentos da DM, pode-se concluir que na dimensão controlo da doença e sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia foi onde se averiguou um maior número que respostas incorretas.

Através da análise da tabela 4 abaixo indicada, baseada no relatório sobre Literacia em Saúde em Portugal (2016), verifica-se que tendo em conta o total de respostas do questionário (24), 12 utentes responderam de 7 a 12 perguntas corretamente, 26, entre 13 e 18 perguntas e 2, a mais de 18.

Nível de Literacia	Nº de respostas corretas	Nº de utentes consoante as respostas corretas
Inadequado	Entre 0 a 6 respostas	0
Problemático	Entre 7 a 12 respostas	12

Suficiente	Entre 13 a 18 respostas	26
Excelente	Mais de 18 resposta	2

Tabela 5 - Número de utentes de acordo com o nível de literacia.

Fonte: Relatório sobre Literacia em Saúde em Portugal, 2016, citado por Frederico, 2018.

9.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

A Escala de Atividades de Autocuidado com a DM, é um instrumento que permite medir de forma indireta a adesão, de acordo com os níveis de autocuidado, cujos resultados reportam-se aos últimos 7 dias da semana (Bastos, 2004).

A primeira dimensão da escala de autocuidado é a alimentação, que se subdivide em alimentação geral e alimentação específica.

Quanto ao item alimentação geral, este subdivide-se em três questões (1.1. Em quantos dos últimos 7 dias seguiu uma alimentação saudável? 1.2. Em quantos dos últimos 7 dias seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde? 1.3. Em quantos dos últimos 7 dias comeu 5 ou mais peças de fruta e/ou vegetais, incluindo sopa).

Após a análise das respostas obtidas, averiguou-se que a média de dias de adesão à alimentação saudável durante a semana foi de 4,6 dias, a média de dias de adesão ao plano alimentar recomendado por um profissional foi de 3,7 dias por semana, e a média de dias de adesão à ingestão de 5 peças de fruta e/ou porções de legumes, situou-se nos 4,4 dias da semana.

O ideal seria seguir uma alimentação saudável durante os 7 dias por semana, o que significa que há necessidade de intervir neste autocuidado (tabela 4).

O item alimentação específica, é composto pelas seguintes 7 questões:

- 2.1. Em quantos dos últimos dias comeu carnes vermelhas?
- 2.2. Em quanto dos últimos 7 dias comeu pão acompanhado á refeições almoço e jantar?
- 2.3. Em quantos dos últimos 7 dias seguiu misturou no acompanhamento das refeições 2 ou mais dos seguintes alimentos: massa, arroz, batata, feijão?
- 2.4. Em quantos dos últimos 7 dias consumiu um copo de qualquer bebida alcoólica ás principais refeições?
- 2.5. Em quantos dos últimos 7 dias consumiu qualquer bebida alcoólica, fora das refeições?
- 2.6. Em quantos dos últimos 7 comeu alimentos doces?
- 2.7. Em quantos dos últimos 7 adoçou as bebidas com açúcar?

Ao analisar as respostas dos inquiridos, observou-se um consumo de carnes vermelhas nos últimos 7 dias numa média de 5,9 dias por semana. Relativamente ao consumo de pão, averiguou-se um consumo médio de 6,2 dias por semana, e o consumo de hidratos de carbono como acompanhamento às refeições numa média de 6,1 dias por semana (tabela 4).

No que diz respeito á ingestão de bebidas alcoólicas, a média de dias por semana situou-se nos 3,4 e o consumo de açúcares foi verificado numa média de 2,2 dias por semana. Assim, verifica-se que em mais de metade da semana (7 dias), os participantes consomem carnes vermelhas, pão e hidratos de carbono, o que se traduz num défice de autocuidado nesta dimensão (tabela 4).

De acordo com a Associação Portuguesa de Nutrição (2017), o indivíduo deve optar pelo consumo de peixe e carnes brancas em substituição das carnes vermelhas (que não deve ultrapassar o seu consumo as duas vezes por semana). A ingestão de hidratos de carbono, deve ser realizada no intervalo das refeições e não durante as refeições principais). Os hidratos não devem ser consumidos em conjunto com outros hidratos de carbono como as massas e o arroz, pois provocam a elevação dos valores da glicemia capilar. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, deverá ser apenas um copo às refeições.

No item atividade física, que compreende 2 questões (3.1. Em quanto dos últimos 7 dias da semana praticou atividade física durante, pelo menos, 30 minutos? e 3.2. Em quanto dos últimos 7 dias da semana praticou uma sessão de exercício físico específico?) observou-se que em média a amostra apenas pratica 1 dia de atividade física na última semana. Obteve-se uma percentagem de 59% (n=28) da amostra que não pratica qualquer tipo de atividade física, durante os 7 dias da semana (tabela 4).

No que diz respeito, ao item monitorização da glicemia capilar composta por 2 questões (4.1. Em quantos dos últimos 7 dias avaliou o açúcar no sangue? e 4.2. Em quantos dos últimos 7 dias lhe foi recomendado avaliar o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?) os resultados mostram que em média a amostra faz a avaliação 2 vezes por semana (tabela 5). De acordo com a Ordem dos Médicos (2018), a monitorização da glicémia capilar diariamente em pessoas com DM2 não insulino-tratada está desaconselhada. Deste modo, verifica-se a existência de uma correlação forte e significativa com o número de dias indicado pelo médico ou enfermeiro para a avaliação da glicemia capilar .

A dimensão 5, cuidados aos pés, é composta por 3 questões (5.1. Em quanto dos últimos 7 dias examinou os seus pés? 5.2. Em quanto dos últimos 7 dias lavou os seus pés? e 5.3. Em quanto dos últimos 7 dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?), obteve-se uma média de 6,5 dias por semana, pelo se verifica que a amostra não apresenta problemas neste autocuidado (tabela 5).

Relativamente á dimensão medicamentos, onde se avaliam as questões “em quanto dos últimos 7 dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? em

quanto dos últimos 7 dias, tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina? e em quanto dos últimos 7 dias, tomou o número indicado de comprimidos da diabetes? obteve-se uma média de 6,4 dias por semana na primeira e terceira questão, sendo que 8% (n=3) da amostra, refere esquecimentos pontuais e apenas 2 participantes afirmam cumprir a terapêutica insulínica (tabela 6).

Por último, no item hábitos tabágicos, apenas 15% (n= 6), da amostra é fumador. De acordo com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2017), o tabaco foi responsável por 2,4% das mortes por DM, em 2016.

	Perguntas	Frequências absolutas – dias por semana								Média
		0	1	2	3	4	5	6	7	
Alimentação geral	1.1				n=8	n=12	n=10	n=10		4,6
	1.2	n=7		n=1	n=5	n=10	n=10	n=7		3,7
	1.3			n=1	n=4	n=4	n=13	n=9	n=9	4,4
Alimentação Específica	2.1			n=1	n=2	n=6	n=4	n=6	n=21	5,9
	2.2	n=2		n=1	n=1	n=1		n=6	n=29	6,2
	2.3		n=1	n=1	n=2		n=2	n=9	n=24	6,2
	2.4	n=18		n=2		n=1	n=1	n=1	n=17	3,4
	2.5	n=24		n=2	n=1	n=2	n=2		n=9	2,2
	2.6		n=7	n=5	n=6	n=10	n=7	n=3	n=1	3,5
	2.7	n=10	n=3	n=1	n=4	n=2	n=2	n=1	n=17	4
Atividade Física	3.1 e 3.2	n=28	n=3	n=2	n=2	n=5				1
Monitorização da glicémia	4.1	n=5	n=5	n=18	n=8	n=1			n=2	2,1
	4.2		n=7	n=24	n=7				n=2	2,3
Cuidados aos Pés	5.1				n=1	n=2	n=4	n=2	n=29	6,5
	5.2						n=2	n=2	n=36	6,9
	5.3						n=2	n=3	n=33	6,7
Medicamentos	6.1 e 6.3							n=3	n=37	6,4
	6.2	n=38							n=2	0,35

Tabela 6 - Tabela de frequências absolutas e média de dias por semana de acordo com as 6 dimensões da escala de atividades de autocuidado da DM.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados.

Através da aplicação dos instrumentos de avaliação acima mencionados, foi possível obter conhecimento sobre o comportamento do utente com DM2 na gestão da sua saúde e nos comportamentos adotados. Assim, consideramos uma mais valia para a unidade de saúde o seguimento do projeto com a aplicação destes instrumentos anualmente, como forma de avaliar a efetividade das intervenções realizadas.

As sessões de educação para a saúde, devem de ir ao encontro dos problemas identificados após a aplicação da escala de Atividades de autocuidado da DM e do questionário de avaliação de conhecimento da DM. Deste modo, pela análise dos dados mencionados, foram identificados défices de conhecimento da amostra na dimensão controlo da doença e sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicémia, défices no autocuidado - adoção

de uma alimentação saudável. Estes resultados refletem a necessidade de serem abordados temas como a ingestão de frutas e/ou legumes, esclarecer o consumo de hidratos de carbono, pão e carnes vermelhas e elucidar a amostra sobre os benefícios da prática regular de atividade física.

10. SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação para a saúde é definida pela OMS, como a combinação de experiências de aprendizagem concebidas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento do seu conhecimento, ou influenciando as suas atitudes (WHO, 2013).

A utilização da estratégia de educação para a saúde é indicada por Nola Pender no seu modelo de promoção da saúde, pois é fundamental capacitar o indivíduo diabético como protagonista principal no processo de promoção da sua saúde.

Ao efetuar o estudo do perfil dos utentes na primeira parte da fase de intervenção, observou-se que é uma população que apesar de pertencer á faixa etária dos 18 aos 64 anos apresenta outras patologias crónicas associadas para além da DM. Patologias essas que estão maioritariamente relacionadas com a prática de um estilo de vida sedentário e alimentação inadequada. Verifica-se ainda, que a população nesta faixa etária, recorre á unidade de saúde com maior frequência em situações agudas, sendo que se associa a uma redução da qualidade de vida do indivíduo portador de patologia crónica, no que diz respeito, á adesão ao tratamento e frequência das consultas de vigilância.

De acordo com Vasconcelos et al (2018), a educação é um dos pilares basilares no tratamento da DM, visto que tem como objetivos a ampliação dos conhecimentos dos indivíduos sobre a patologia, o desenvolvimento das capacidades para o autocuidado, e despertar para a mudanças de comportamento e prevenção das complicações tardias.

Após a análise e interpretação dos questionários aplicados á amostra, foram identificados défices relativamente ao conhecimento/autocuidado e sinalizadas as áreas de potencial melhoria.

Deste modo, este projeto teve por base a realização de atividades de educação para a saúde acerca da problemática da DM. O objetivo primordial visava ampliar os conhecimentos da população alvo sobre a doença e incentivar a mudança de comportamentos para que exista uma melhor gestão da patologia e uma maior qualidade de vida do indivíduo.

As temáticas a abordar na realização das sessões de educação para a saúde, vão ao encontro dos problemas identificados, após a análise dos dados resultantes da aplicação dos instrumentos de avaliação (tabela 6).

A realização de um artigo de revisão da literatura (resumo no Apêndice XVII) “Intervenções de enfermagem eficazes na promoção da saúde e do autocuidado nos indivíduos adultos com

DM2”, preconizada na unidade curricular, permitiu perceber a importância da educação e dos programas educacionais na população adulta com DM2. O referido artigo, confirmou que estes são a pedra angular para o controlo da glicemia e redução das complicações associadas, desempenhando um papel central na mudança de comportamentos e consequentemente uma melhoria nos níveis de glicémia e consequentemente redução dos valores da hemoglobina glicada, IMC, valores da pressão arterial e redução do aparecimento de complicações vasculares.

De acordo com Macedo et al (2017), Zhang & Chu (2018), Santos et al (2017) e Pinto et al (2017), nos seus estudos o modelo de educação em saúde (baseado em palestras regulares de saúde, avaliação de complicações, modificação do estilo de vida, auto-monitorização, diálogo, escuta qualificada e realização de sessões de educação em grupo), contribuíram para melhorar a adesão e empoderamento para o autocuidado dos utentes e revelaram ser intervenções eficazes no tratamento da DM2.

Assim, foram abordados nas sessões as seguintes temáticas: a fisiopatologia da doença, a sua sintomatologia, formas de atuação, automonitorização, alimentação saudável e prática de exercício físico. Durante as sessões, foram fornecidos materiais informativos que também foram disponibilizados para a população em geral (Apêndice XI).

Como forma de cumprir os objetivos delineados, realizaram-se quatro sessões de educação para a saúde cujos planos de sessão se encontram no Apêndice IX. Três destas sessões foram realizadas na sala de reuniões da UCSP e a última sessão (que teve um carácter prático), realizou-se no Parque Verde do Nabão (jardim municipal).

Os indivíduos que compõem a amostra, foram convidados a participar nas sessões de educação para a saúde, pelo que foram entregues convites (Apêndice I) e afixados cartazes na unidade de saúde e extensões (Apêndice XIV).

As atividades devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, e deve-se especificar o quê, quando, onde, como devem ser concretizadas. Paralelamente, alguém deve ser encarregado de as executar, bem como a concretização dos objetivos e realização da avaliação (Tavares, 1990:170).

Apresentamos de forma sucinta, as atividades/intervenções por ordem cronológica, desenvolvidas em função e de modo a satisfazer os objetivos operacionais traçados.

A 1ª atividade que decorreu no dia 22 de novembro, prendeu-se pela realização da sessão de educação para a saúde “Vamos falar sobre a Diabetes”. Esta mesma sessão, visou dar resposta ao objetivo específico “Demonstrar conhecimentos na dimensão da doença”, com a duração de 20 minutos e possui como público-alvo os 40 utentes diabéticos em idade adulta (que compuseram a amostra). Com esta sessão pretendeu-se elucidar a população alvo sobre a definição da DM, os tipos de DM existentes; formas de prevenir os fatores de risco; realização de rastreio e diagnóstico e tratamento das complicações.

A 2ª sessão de educação para a saúde denominada “Viver com a diabetes”, decorreu no mesmo dia da primeira sessão mencionada acima, após um intervalo de 30 minutos entre sessões. Esta 2ª sessão foi ao encontro do objetivo específico “Adquirir conhecimentos sobre o aparecimento de complicações tardias” e teve a duração de 35 minutos. Neste momento foi transmitido conhecimento á população alvo sobre o que consistia uma hipoglicemia e hiperglicemia; sinais e sintomas; o que fazer em caso de hipo e hiperglicemia; vigilância da glicemia: cuidados a ter , complicações tardias e importância da adesão ao regime terapêutico. Esta sessão, veio complementar a informação disponibilizada na primeira sessão. No final da atividade, foi dada a oportunidade para esclarecer dúvidas, solicitando aos participantes também que realizassem um teste de avaliação sobre os conhecimentos apreendidos nas 2 sessões. Foi ainda lhes pedido a realização da avaliação da sessão. Nesta atividade foram disponibilizados panfletos informativos e jogos didáticos aos participantes. Tais materiais, foram adicionalmente disponibilizados na unidade de saúde e na página da rede social Facebook (Apêndice XV).

Estas duas sessões de educação para a saúde, foram realizadas no mesmo dia pelo facto de serem temáticas que se complementam e pela baixa adesão de participação pela população alvo.

Para a realização da 3ª sessão “Coma bem e viva melhor” foi convidada a Nutricionista Maria Armanda Marques da Santa Casa da Misericórdia de Alvaiázere, para a sua concretização. Esta decorreu no dia 10 de dezembro na sala de reuniões da USCP com duração de 45 minutos e foi ao encontro do objetivo específico “Adquirir conhecimentos sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável”. Durante a sessão, foi realizada a explicação sobre os diferentes grupos de alimentos; escolha de alimentos com baixo índice glicémico; exemplos dos diferentes tipos de hidratos de carbono e quando se devem consumir; escolha de frutas e quando deve ser feita a ingestão; exemplos práticos de gramas de açúcar em alguns doces consumidos e fornecidos exemplos de um plano alimentar e de receitas saudáveis. No final desta sessão, foi disponibilizado pela formadora material informativo (Apêndice XI) que também foi facultado para distribuição nas consultas de vigilância da DM. Foi também pedido aos participantes, para avaliarem a sessão realizada e procedeu-se á entrega de uma lembrança á formadora pela disponibilidade demonstrada e tempo despendido.

A última atividade realizada decorreu no dia 11 de janeiro e intitula-se “ Exercite-se para manter o equilíbrio”. Teve o apoio da Câmara Municipal de Ansião, através da disponibilização do técnico de desporto para a sua realização. Esta sessão foi realizada no jardim Parque Verde, que dispõem de um espaço de grandes dimensões atravessado pela nascente do rio Nabão e possui equipamento para a realização de atividade física, de um passeio pedestre e um campo de futebol com areia. Esta atividade vem ao encontro do objetivo específico

“Adquirir conhecimentos sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável” e teve a duração de 45 minutos. Nesta atividade foram demonstrados exercícios que podem ser executados de forma autónoma, favorecendo a atividade física e se possível a prática de exercício físico em casa. A atividade foi executada com o auxílio de material de baixo custo, complementado pela distribuição de folheto informativo elaborado pela mestranda sobre a importância da prática de exercício físico na pessoa com DM e quais os cuidados a ter.

No final de todas as sessões de educação para a saúde, foi entregue um certificado de participação (Apêndice XIII).

Na realização das sessões de educação para a saúde, verificou-se uma baixa adesão na participação por parte da amostra, pelo que foram alargadas as sessões para a população diabética no geral. Contudo manteve-se resistência na participação sendo que apesar da flexibilidade de horário os indivíduos afirmaram falta de tempo após as atividades laborais para frequentar este tipo de atividades.

Os profissionais de saúde relacionam, a maior parte das vezes, a palavra adesão à prescrição de medicamentos. No entanto verificou-se que a adesão está intimamente relacionada com outras dimensões, tais como a adoção de uma alimentação saudável, a mudança de estilos de vida e a orientação realizada pelo profissional de saúde. O objetivo da adesão passa por melhorar a saúde e diminuir os sinais e sintomas da patologia (Borges & Porto, 2014).

De acordo com o Cazari et al (2002), a baixa adesão a atividades educativas tem como principais causas a falta de interesse, horário inadequado, dificuldades de transporte, desvalorização sobre as atividades (como instrumentos capazes de auxiliar no tratamento da patologia) e falta de motivação do utente

Outros autores referem como fatores responsáveis pela baixa adesão, os fatores demográficos, sociais, variáveis individuais e psicológicas, competências de *coping*, representação cognitiva dos sintomas e causas da doença, autoconceito e autoestima, perturbações do comportamento alimentar e a presença ou não de uma relação de confiança com os profissionais de saúde (Delamater, 2006; Maldaner et al., 2008; Pereira et al., 2013; Silva, 2010).

A falta de interesse em participar nas atividades de educação em saúde, os fatores sociais, económicos e culturais constituem fatores, que impedem a prática do autocuidado, correlacionados com os aspetos individuais e as dificuldades de acesso ao serviço de saúde (Dias et al, 2016)

11. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação do projeto é a última etapa do planeamento em saúde, tem como finalidade verificar a eficácia do plano instituído e se os objetivos delineados foram atingidos. É realizado o cálculo das taxas de execução das atividades propostas, de acordo com os indicadores de execução previamente definidos, esta a ser feita de forma quantitativa ou qualitativa (Nunes, 2016).

A realização desta etapa permite atualizar o diagnóstico, pelo que, finalizada a avaliação é necessário voltar à primeira etapa. Tal ação pressupõem melhorar a informação disponível, implica corrigir e melhorar proporcionando um processo contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo os mesmos autores, “a avaliação necessita da determinação cuidadosa de situações que conduzam a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter, integradas em processos formais como o planeamento e os sistemas de informação” (Imperatori e Giraldes, 1982:127).

As atividades realizadas visaram melhorar o conhecimento e práticas de autocuidado dos utentes adultos diabéticos inscritos na UCSP de Ansião. Apesar de se ter verificado uma baixa adesão da população na participação nas sessões de educação para a saúde, consideramos que de certa forma se verificaram ganhos em saúde tendo em conta os ensinamentos efetuados na consulta de vigilância da DM, (quer pelos instrumentos criados e disponibilizados). Possibilitou também, a sensibilização da equipa da UCSP e UCC quanto à importância de investir nas intervenções focadas no utente diabético. Perante os resultados obtidos com o preenchimento dos questionários, encontra-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias que visem aproximar os utentes adultos aos cuidados de saúde primários e à sua participação nos projetos desenvolvidos. Tal situação é ainda reforçada, pela resistência da população desta faixa etária na colaboração e desenvolvimento do presente projeto.

Neste sentido, para a avaliação deste projeto foram usados indicadores de atividade ou de execução e de resultado ou impacto.

Como forma de se realizar a avaliação sobre o decurso das atividades do projeto, apresentamos no Apêndice XVI, uma tabela de monitorização do projeto onde se efetua a descrição e apreciação do desenvolvimento das atividades.

As atividades definidas foram concretizadas, pelo que consideramos que o plano proposto foi cumprido bem como o cronograma de atividades. Assim sendo, a taxa de execução das atividades programadas em relação às previstas foi de 100%.

Inicialmente, é necessário verificar através de um indicador de atividade o número de profissionais e parceiros presentes na reunião de apresentação do diagnóstico de situação e na apresentação do projeto. Pode-se assim observar no quadro seguinte:

META	INDICADORES DE AVALIAÇÃO		AVALIAÇÃO	
Que pelo menos 50% dos profissionais e parceiros convidados estejam presentes na reunião de apresentação do diagnóstico da Situação de Saúde e do projeto.	Atividade: (nº de sessões realizadas/n.º de sessões previstas) x 100	Adesão: nº de profissionais e parceiros presentes na reunião de apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde e do projeto/nº total de profissionais e parceiros convocados x 100	Atividade: (1/1)×100%=100%	Adesão: (5/7)×100%=71,4%

Quadro 12- Avaliação do número de participantes presentes na reunião, de acordo com os convocados.

Fonte: Elaborado pela mestrandia.

Posteriormente, houve a necessidade de realizar o estudo do perfil dos utentes adultos diabéticos na primeira parte da fase de intervenção, através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados (questionário sociodemográfico, questionário de Avaliação de conhecimentos sobre a DM e a escala de atividade de autocuidados com a DM). A aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi efetuada na consulta de vigilância da DM, de acordo com os convocados e com as respostas obtidas, pelo que consideramos que as metas delineadas foram atingidas (quadro 13).

META	INDICADORES DE AVALIAÇÃO		AVALIAÇÃO	
Que pelo menos 80% dos participantes convocados estejam presentes na consulta de vigilância da DM.	Atividade (nº de consultas realizadas/nº de consultas previstas)×100	Adesão (nº de pessoas que participaram na consulta de vigilância	Atividade (40/40)×100%=100% Objetivo atingido	Adesão (40/40)×100%=100% Objetivo atingido

		da DM/nº total de pessoas convocadas para a consulta de vigilância da DM x100)	
Que pelo menos 90% dos participantes respondam aos questionários sociodemográfico, escala de autocuidado da DM e questionário de conhecimentos sobre a DM	Adesão (nº de respostas obtidas/nº de indivíduos diabéticos inquiridosx100)		Adesão (40/40)x100%=100% Objetivo atingido

Quadro 13- Avaliação do número de participantes presentes na consulta de vigilância da DM, de acordo com os convocados e do número de respostas aos questionários.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

A avaliação, em termos do número de presentes nas sessões de educação para a saúde e apreciação dos participantes acerca da utilidade das mesmas, possibilita também a avaliação da implementação do projeto.

✓ 1ª Sessão de Educação para a Saúde – Vamos falar sobre a diabetes

Esta primeira atividade do projeto, foi avaliada tendo em conta o número de participantes presentes na sessão de educação para a saúde, como se pode verificar no quadro seguinte:

META	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
Que pelo menos 20% da população alvo participe na sessão de educação para a saúde “vamos falar sobre a diabetes “	Adesão nº de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde/nº total de utentes da população alvo convocados x100	Adesão (8/40)x100%=20% Objetivo atingido

Quadro 14- Avaliação do número de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde de acordo com os convocados.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

✓ 2ª Sessão de Educação para a Saúde – Viver com a diabetes

Avaliação do número de participantes na sessão:

META	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
Que pelo menos 20% da população alvo participe na sessão de educação para a saúde “viver com diabetes “	Adesão: nº de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde/nº total de utentes da população alvo convocados x 100	Adesão: (8/40)×100%=20% Objetivo atingido

Quadro 15- Avaliação do número de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde de acordo com os convocados.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Nesta sessão foi aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos, tendo em conta os conhecimentos apreendidos na primeira e segunda atividade efetuada (Apêndice XII). O referido questionário é composto por 15 questões de resposta fechada - sim ou não.

Da análise dos resultados do questionário (gráfico 24), observou-se que 62% dos utentes responderam corretamente a todas as questões, 25% respondeu corretamente a 14 questões e 13% respondeu corretamente a 13 questões.

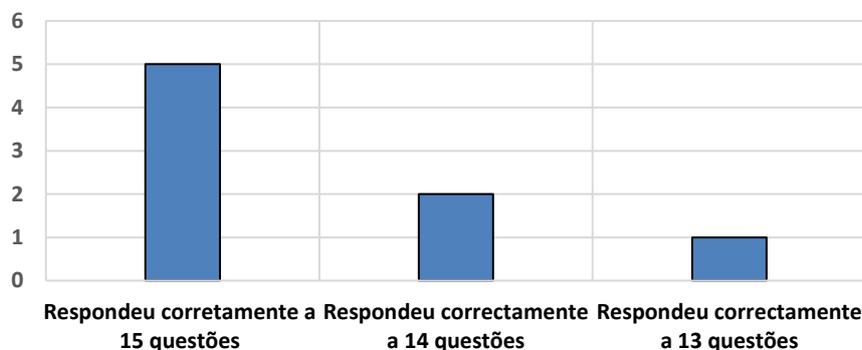


Gráfico 24 - Número de respostas correta ao questionário de avaliação de conhecimentos aplicado.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Pode concluir-se que com a realização das 2 primeiras atividades houve aquisição de conhecimentos no âmbito da dimensão da doença, sintomatologia e prevenção de complicações tardias (quadro 15).

META	INDICADORES DE RESULTADO	AVALIAÇÃO
Que pelo menos 50% da população alvo, presente na 1ª e 2ª sessão de educação para a saúde adquiram conhecimentos na	Adesão: nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das	Adesão: (8/8)×100%= 100% Objetivo atingido

dimensão da doença e sobre o aparecimento de complicações tardias.	questões/nº total de utentes presentes na sessão de educação para a saúde x100%	
--	---	--

Quadro 16- - Número de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões sobre o número total de utentes presentes na sessão de educação para a saúde.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Quando questionada, a população alvo participante nas duas primeiras sessões de educação para a saúde acerca da utilidade das mesmas para o seu dia-a-dia, 100% dos participantes classificaram a sessão como muito útil.

✓ 3ª Sessão de Educação para a Saúde – Coma bem e viva melhor

Avaliação do número de participantes na sessão:

META	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
Que pelo menos 20% da população alvo participe na sessão de educação para a saúde “Coma bem e viva melhor”.	Adesão: nº de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde/nº total de utentes da população alvo convocados x 100	Adesão: (6/40)x100%= 15%

Quadro 17- Avaliação do número de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde de acordo com os convocados.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Os participantes classificaram a realização desta sessão como sendo muito útil.

✓ 4ª Sessão de Educação para a Saúde - Exercite-se para manter o equilíbrio

Avaliação do número de participantes na sessão:

META	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO
Que pelo menos 20% da população alvo participe na sessão de educação para a saúde “Exercite-se para manter o equilíbrio”.	Adesão: nº de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde/nº total de utentes da população alvo convocados x100	Adesão: (8/40)x100% =20% Objetivo atingido

Quadro 18- Avaliação do número de utentes da população alvo presentes na sessão de educação para a saúde de acordo com os convocados.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Como forma de complemento às sessões de educação para a saúde efetuadas, foram disponibilizados na UCSP em suporte papel panfletos sobre as temáticas abordadas.

A realização deste projeto não apresentará ganhos em saúde a curto prazo. A mudança de comportamentos em indivíduos adultos portadores de patologia crónica, será um processo moroso que exige persistência visto ser uma população com alguma resistência às atividades proporcionadas. Deste modo, só a longo prazo e com a continuação do projeto serão visíveis os ganhos em saúde pretendidos.

Pressupõem-se que futuramente, os indicadores sejam aplicados no final de cada ano após o início das consultas de vigilância de DM. Este ato possui como a finalidade a execução de avaliações intermédias, para possível reformulação dos objetivos e das estratégias utilizadas.

A aplicação da escala de atividades de autocuidado com a DM, deve ser realizada na primeira consulta anual de cada indivíduo diabético, pois é um instrumento que possibilita verificar se houve alterações nos comportamentos de autocuidado.

12. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A concretização do presente relatório do projeto de intervenção comunitária “ Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2”, é o culminar de todo o percurso académico efetuado. O referido projeto possibilitou o desenvolvimento a aquisição de competências comuns e de especialização na área da ECSP.

De acordo com Benner (2001), o conhecimento dos enfermeiros vai evoluindo ao longo do tempo sem que estes se apercebam desta evolução. Deste modo, é importante que se apercebam de tais mudanças para que isso se reflita na tomada de decisão em determinadas situações .

Todo o percurso efetuado, foi fundamental para a evolução enquanto pessoa e profissional de saúde. Permitiu deixar a visão de uma prática focada apenas no indivíduo para passar a ter uma visão mais abrangente, focada nos grupos, comunidades e nos seus determinantes em saúde. E conseqüentemente possibilitar a identificação das suas necessidades tendo em conta a avaliação dos contextos em que se inserem.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro especialista adquire conhecimento que lhe permite compreender, interpretar e responder de forma eficaz, holística e interativa às necessidade do indivíduo, evidenciando as competências relacionais (função de ajuda) e as competências no âmbito da formação (função educativa e de orientação).

A realização de uma especialização, pressupõem a aquisição de competências específicas pelo que o Código Deontológico dos Enfermeiros refere que “o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem” (Artigo 7º do Código Deontológico dos Enfermeiros – Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011: 8648 entende-se por 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 que independentemente da área de especialidade, partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns (...) em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”(OE, 2011:8648)

No decorrer da especialização em ECSP, é necessário que se verifique o desenvolvimento de competências comuns. Neste âmbito é feita a referência às competências de responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e da evolução das aprendizagens profissionais; e das competências específicas, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, dos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para a especialidade (OE, 2010).

As competências desenvolvem-se através da reflexão crítica sobre as práticas. Estas permitem uma evolução constante em termos de identidade pessoal, e não através da acumulação de conhecimento ou técnicas (Costa, 2016). Neste sentido, de seguida procede-se à análise reflexiva da aquisição das competências comuns ao enfermeiro especialista.

No que diz respeito à aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no âmbito do estágio curricular foi tido sempre como pilar basilar, o desenvolvimento de uma prática de prestação de cuidados profissional e ética. Tal prática encontrasse baseada na tomada de decisão ética e deontológica, norteados pelo Código Deontológico da profissão de enfermagem e o respeito pelos direitos humanos.

A tomada de decisão, possibilita ao enfermeiro a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade (OE, 2001). Ao longo deste percurso, houve o cuidado de respeitar a vontade individual. Assim, foi solicitado o consentimento informado para uma participação voluntária, informada, consciente e garantido a privacidade (consideramos ter adquirido competências neste âmbito).

O consentimento informado, é fundamental na relação entre o enfermeiro e a pessoa, porque salvaguarda o respeito pelo direito à auto-determinação (Artigo 84º – alínea a) a d) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Assembleia da República, 2009).

No âmbito das competências do domínio da melhoria da qualidade Nunes (2017), diz-nos que “As boas práticas em enfermagem representam a agregação das dimensões científica, técnica e humana, suportando as respostas humanas e as necessidades da pessoa ou grupo concreto, procurando a máxima satisfação do cliente” Nunes (2017:13).

O desenvolvimento do projeto de intervenção “Aprender a viver com a DM2”, baseou-se na metodologia do planeamento em saúde e está inserido numa das áreas consideradas de atuação prioritária na UCSP de Ansião.

Este projeto foi integrado no programa da vigilância da DM, pelo que a difusão dos resultados e a continuidade do projeto permite obter ganhos em saúde, o que se traduz na melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e família.

Durante o estágio curricular, consideramos que foi criado um ambiente terapêutico, seguro e estabelecida uma relação de ajuda com o utente. Perante tal cenário proporcionou-se a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e promoveu-se a envolvimento e bem-

estar. Deste modo, foram desenvolvidas competências relacionais e comunicacionais durante este percurso.

Quanto as competências da gestão dos cuidados, para a implementação e gestão do projeto de intervenção comunitária, adotamos uma posição de liderança e otimização relativamente aos recursos humanos e materiais necessários para a concretização das atividades delineadas. Como forma de envolver a equipa multiprofissional, foram realizadas reuniões para apresentação do projeto e solicitada a colaboração para a sua concretização e posterior continuidade. A previsão de recursos realizada inicialmente foi adequada, bem como a gestão do tempo necessário para a otimização das atividades. Consideramos que ao longo deste percurso foi realizada uma gestão de cuidados adequada.

O facto de se verificar uma grande afluência á unidade de saúde relacionada com a vacinação da gripe, a existência de recursos humanos limitados conduziu que a mestranda colaborasse no âmbito da realização da consulta de HTA, de planeamento em saúde e vacinação.

De acordo com a OMS (1986), é prática integrante dos cuidados de saúde de qualidade, o elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e obtenção de ganhos em saúde.

Como forma de melhorar os cuidados prestados e adequar as metodologias e recursos, houve a necessidade de recorrer á pesquisa bibliográfica para aprofundamento e atualização de conhecimentos.

Relativamente ás competências do domínio das aprendizagens profissionais, estas são imprescindíveis na construção e desenvolvimento do conhecimento. É necessário efetuar todo o processo reflexivo o qual torna possível a aquisição de novos conhecimentos e competências.

O enfermeiro para desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais, deve assentar a sua prática clínica especializada em padrões de conhecimento, desenvolver o auto conhecimento e a assertividade (OE, 2009).

Foram adquiridas competências em termos de utilização do programa informático de apoio aos registos clínicos “Sclínico”. Segundo os padrões de qualidade da OE (2001:15),” a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente, “é um elemento necessário à organização dos cuidados (...)”.

No âmbito do desenvolvimento da consulta de vigilância da DM, foram realizados ensinios relacionados com o autocuidado na DM e adoção de estilos de vida saudável, nomeadamente no campo da prática de uma alimentação saudável e exercício físico regular. Foram também realizadas sessões de educação para a saúde, de forma a ir ao encontro das necessidades

encontradas. Assim, permitiu-se a partilha de conhecimento e consequentemente ganhos em saúde para a população adulta com DM2.

A colaboração realizada entre enfermeiro, médico, nutricionista e o técnico de desporto foi fundamental, visto ter proporcionado a partilha de experiências e conhecimentos na área da DM. Posto isto, consideramos que a nossa atuação como formadora, foi cumprida pelo que adotamos o papel de facilitador da aprendizagem. Segundo a OE (2009), o enfermeiro especialista deve responsabilizar-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho.

A integração em outros programas da UCSP de Ansião, facilitou as aprendizagens na aquisição de competências especializadas, proporcionou o desenvolvimento do sentimento de pertença á equipa multidisciplinar e de enriquecimento profissional.

Foi realizado um artigo de revisão integrativa da literatura, cujo resumo encontra-se no Apêndice XVII. A elaboração deste artigo permitiu fornecer evidência científica de suporte ao projeto de intervenção comunitária e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, consideramos que foram adquiridas as competências comuns ao enfermeiro especialista.

12.1 COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Segundo o Regulamento nº128/2011 da OE, o exercício profissional prima pela excelência na capacidade de ver e agir globalmente, mobilizando o cruzamento de conhecimentos na otimização da prática de cuidados. Para além das competências comuns á especialização citadas anteriormente, o enfermeiro especialista em ECSP adquire competências específicas no âmbito da sua área de especialização.

A OE (2010), no Regulamento das Competências Especificas de especialização em ECSP ,define quatro domínios essenciais:

- “1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 3. Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde;
 4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico“
- (OE, 2010:2).

De seguida, procede-se á análise individualizada da aquisição de competências específicas da especialização em ECSP.

No que diz respeito ao domínio “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2010:2), considera-se, que este domínio de competências foi alcançado na sua globalidade.

A metodologia utilizada para a concretização do projeto de intervenção comunitária, foi a de planeamento em saúde. No primeiro estágio curricular procedeu-se á elaboração do diagnóstico de situação, o qual permitiu avaliar o estado de saúde da comunidade. Deste modo, recorreu-se á pesquisa nas bases de dados eletrónicas INE e PORDATA, pesquisou-se nos dados do programa de apoio aos registos clínicos “Sclínico, plano de ação da UCSP, pré-diagnóstico social do concelho de Ansião e PLS do ACES PIN. Estes instrumentos permitiram realizar a caracterização da população do concelho de Ansião e os contextos em que se insere. Posteriormente, procedeu-se á determinação de prioridades, onde se definiram e hierarquizaram os problemas identificados. O referido procedimento foi executado através da aplicação da técnica de comparação por pares, pelo que se verificou que a DM é uma das áreas prioritárias de atuação. Posto isto, selecionaram-se as estratégias, definiram-se os objetivos e partiu-se para a elaboração do projeto de intervenção comunitária. Por fim, foi realizada a monitorização e avaliação dos resultados da intervenção.

Relativamente à segunda competência específica do enfermeiro especialista em ECSP, “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” consideramos que a implementação deste projeto de intervenção, permitiu empoderar e capacitar a população alvo na gestão da sua saúde, promoção do autocuidado e prevenção do aparecimento de complicações tardias, contribuindo positivamente para a obtenção de ganhos em saúde.

O projeto integrou o programa de vigilância da DM, pelo que foram realizadas reuniões com o médico responsável e com a enfermeira coordenadora afim de discutir, redefinir e adequar as estratégias baseadas na experiência, conhecimentos e nas práticas da equipa. Recorreu-se assim, á realização de sessões de educação para a saúde. Tais sessões possibilitaram a partilha de conhecimentos, de experiências e esclarecimento de dúvidas dos utentes diabéticos, potenciando o envolvimento no planeamento dos cuidados e na tomada de decisão.

Deste modo, é fulcral a elaboração de projetos comunitários na prevenção e controlo da DM e das suas complicações. Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, (tendo em conta as suas competências), assumem um papel ativo na promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, de forma a proporcionar qualidade de vida a obter ganhos em saúde. Para isso, é necessário capacitar a pessoa fornecendo-lhe as ferramentas necessárias, incitando a sua autonomia e tornando-a responsável pela sua saúde.

A terceira competência adquirida pelo enfermeiro especialista, é que este deve” integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”. Neste sentido, consideramos que este projeto de intervenção vai de encontro aos princípios orientadores do PNS: – Revisão e Extensão a 2020 da DGS, que considera a DM uma das áreas prioritárias de atuação.

“Os planos nacionais constituem bons e adequados guiões de conduta ou de orientação de forma a ajudar a equacionar e a promover políticas e condutas com vista a melhorar a saúde de um povo” (DGS, 2014).

De acordo com o PNS: Revisão e Extensão a 2020 torna-se fulcral “capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria 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 (...)” e a necessidade do “desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença”, objetivos estes que estão presentes com a realização das sessões de educação para saúde. Pressupõem ainda, como metas a redução da mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20% e o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%. Os princípios chaves da implementação deste projeto visavam a capacitação da população alvo para a promoção dos autocuidados, adoção de comportamentos saudáveis e gestão da doença. O objetivo inerente passa por prevenir o aparecimento de complicações tardias futuramente, como o que é pressuposto pelo PND (2017-2020), o qual refere a importância do “diagnóstico precoce das complicações crónicas da DM e do respetivo encaminhamento” (PND, 2017:14).

No que diz respeito á competência “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito demográfico” (OE, 2010:5), consideramos ter adquirido competências neste âmbito. Foi realizado o enquadramento geodemografico do concelho de Ansião e procedendo-se a caracterização da população e da sua saúde, o que contribuiu para a identificação dos seus problemas e necessidades e cooperar na vigilância epidemiológica. Para tal, foi necessário recorrer á pesquisa de dados sociodemográficos e proceder á análises dos indicadores mais atuais disponíveis. Houve ainda, a oportunidade de participar no programa de vacinação da gripe, cuja a vigilância epidemiológica adquire uma relevante importância.

12.2 COMPETENCIAS DE MESTRE

Consideramos que para além das competências comuns do enfermeiro especialista, e as competências específicas do enfermeiro especialista em ECSP, foram ainda desenvolvidas

competências para atribuição de grau de mestre. Estas foram adquiridas através da mobilização de conhecimentos adquiridos anteriormente e ao longo desta trajetória. Tais competências possibilitaram o desenvolvimento de conhecimentos para resolver as problemáticas que irão surgir no âmbito pessoal, profissional e académico .

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, visa dar respostas às necessidades de saúde de uma população e proporcionar através da educação para saúde a tomada de decisão responsável. Permite a mudança de comportamentos, conhecimento e potencialidades do utente adulto com DM2, de forma a que este seja capaz de gerir a sua doença e autocuidado. Deste modo, assumimos que integramos os requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre, com a discussão pública deste relatório.

No decorrer de todo o percurso académico efetuado, foram desenvolvidas e adquiridas competências de especialização, que vão desde os aportes teóricos fornecido pelas unidades curriculares do curso, (que foram fundamentais para adquirir e aprofundar conhecimentos), bem como dos estágios curriculares, que permitiram a aplicação na prática clínica das aprendizagens apreendidas, e acima de tudo possibilitar a prestação de cuidados, cada vez mais qualificados e de qualidade.

Para a implementação do projeto de intervenção e ao longo do curso, o processo de revisão da literatura e investigação foram uma constante. Na produção dos trabalhos de carácter académicos, como na concretização do projeto de intervenção, foi necessário recorrer á fundamentação teórica baseada na evidencia científica mais atualizada de acordo com a legislação vigente e políticas de saúde para suportar as intervenções, a tomada de decisão e garantir a excelência dos cuidados prestados.

No âmbito da seleção do referencial teórico que suporta as intervenções que se pretendem realizar, foi adotado o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender. Permitiu assim, o desenvolvimento de competências na adoção de um modelo conceptual de enfermagem de suporte a prática de enfermagem.

No contexto profissional, consideramos que foram também adquiridas competências comunicacionais, na medida em que se estabeleceu uma relação terapêutica com os utentes diabéticos. Perante tal realidade foi-lhes permitido a expressão de sentimentos e necessidades. Tal possibilitou, efetuar uma avaliação mais detalhada do indivíduo e a promoção da educação, facilitando o processo de mudança de comportamentos. Assim, o estabelecimento de diálogo com a equipa multidisciplinar e parceiros a realização das reuniões revelaram-se fulcrais no desenvolvimento do projeto e no sentimento de pertença á equipa.

Apesar das dificuldades encontradas durante o curso, consideramos que todos os percalços que surgiram foram resolvidos com sentido de responsabilidade, de forma eficaz e autónoma. Como por exemplo, o facto de não ter obtido resposta por parte da URAP para

estabelecer parceria com a sua nutricionista para a realização da sessão de formação “coma bem e viva melhor” foi contornado e houve a necessidade de encontrar uma alternativa.

É importante ressaltar que toda a prática desenvolvida, teve por base o respeito pelo código deontológico e os princípios éticos que lhe estão subjacentes.

"A formação em contexto clínico envolve não apenas o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência, mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde" (Abreu, 2007:213).

Foi um percurso enriquecedor, tanto a nível pessoal como profissional, que permitiu aumentar o campo de conhecimentos, estar mais desperta para acompanhar a evolução demográfica da população e compreender como os problemas de saúde acompanham essa evolução. Possibilitou ainda, avaliar as condições de saúde da comunidade, selecionar quais as suas necessidades prioritárias e delinear os objetivos, para que posteriormente se proceda a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.

Constituiu-se assim, um momento de aprendizagem e motivação para a continuação do percurso como futura enfermeira mestre e especialista, junto da comunidade com o objetivo primordial de proporcionar, cada vez mais, qualidade de vida as pessoas, grupos e comunidades de quem cuidamos e garantir a excelência profissional e da prestação de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança no perfil demográfico da população mundial contribui para o aumento das doenças crónicas não transmissíveis como é o caso da DM, cuja prevalência tem aumentado de forma exponencial, principalmente nos grupos etários mais jovens. Deste modo, torna-se fulcral a criação e implementação de estratégias através de programas de saúde, que permitam prevenir e controlar a DM reduzindo a mortalidade prematura e a morbilidade.

O facto de ser uma patologia que apresenta complicações de elevada relevância a longo prazo, torna ainda mais importante o papel dos enfermeiros na educação do indivíduo, família e comunidade.

O EEECSF é um agente de mudança, no sentido que faculta ao indivíduo diabético os cuidados necessários face à doença e ao aparecimento das complicações, através do envolvimento deste no seu próprio processo de autocuidado.

Cabe ao indivíduo a deliberação de adotar estilos de vida saudáveis. Contudo neste contexto é fundamental existir um maior investimento por parte dos profissionais de saúde, fornecendo à comunidade os meios necessários para aumentar o conhecimento sobre a DM. É neste âmbito que a capacitação, o empoderamento e promoção da literacia em saúde ao indivíduo diabético são essenciais para que este tenha a capacidade de tomar decisões e responsabilizar -se pela sua saúde.

A forma como o indivíduo tem acesso à informação, ao seu entendimento e apreciação determinam a interação com os sistemas de saúde, quer do ponto de vista da promoção da saúde como da prevenção da doença. Paralelamente na prestação de cuidados de saúde através da tomada de decisão consciente e informada, colabora de forma positiva ou negativa para atingir um bom nível de saúde (Marques, 2015).

O projeto foi realizado durante o estágio curricular na UCSP de Ansião, que interviu numa problemática identificada após a realização do diagnóstico de situação, permitiu o desenvolvimento de competência no âmbito da definição do perfil de saúde da comunidade. Teve por base os objetivos estratégicos do PNS, do PLS do ACES PIN e do relatório de atividades da UCSP de Ansião, pelo que a partir deste ponto foi identificada a problemática da DM.

No âmbito da seleção do referencial teórico que suporta as intervenções que se pretendem realizar, foi adotado o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Permitiu o desenvolvimento de competências na adoção de um modelo conceptual de enfermagem de suporte á prática de enfermagem.

A avaliação dos conhecimentos da amostra, possibilitou a identificação das áreas em que os indivíduos apresentavam maior défice de conhecimento e de autocuidado. Deste modo, determinamos défices de conhecimento na dimensão controlo da doença e sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia, défices no autocuidado - adoção de uma alimentação saudável. Assim, verificou-se a necessidade de serem abordados temas como a ingestão de frutas e/ou legumes, esclarecer o consumo de hidratos de carbono, pão e carnes vermelhas e elucidar a amostra sobre os benefícios da prática regular de atividade física.

Como forma de colmatar os défices encontrados, foram fornecidos materiais informativos acessíveis a toda a população e realizadas sessões de educação para a saúde. Apesar da baixa adesão ás atividades realizadas consideramos que houve ganhos em saúde e que foram atingidos os objetivos a que nos propusemos.

As principais limitações na realização deste estudo, prenderam-se essencialmente pela baixa adesão da amostra ás atividades realizadas e ao facto de a amostra não puder contemplar outros adultos com DM2 de outras freguesias do concelho. Perante tal facto, propomos a continuidade do projeto e a reaplicação do questionário de conhecimento da DM e da escala de avaliação de atividades de autocuidado com a DM, permitindo reformular e avaliar as intervenções.

Tendo em consideração o que foi referido anteriormente, concluímos ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente. A concretização deste relatório e do projeto contribuiu para o processo de aprendizagem na aquisição e desenvolvimento das competências de EEECS, e aquisição de competências de Mestre em Enfermagem.

Ao efetuar este relatório concluímos que é, cada vez mais, importante o investimento na formação e na investigação pois estas permitem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a excelência profissional.

Consideramos que foi um percurso enriquecedor, que proporcionou momentos de aprendizagem e motivação tanto a nível pessoal como profissional, para a continuação do percurso como enfermeira especialista. Como tal identificamos, como o objetivo primordial de proporcionar uma melhor qualidade de vida as pessoas, grupos e comunidades de quem cuidamos, principalmente na capacitação e empoderamento da pessoa adulta com DM.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau;
- Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte [ACES PIN], (2017). Plano Local de Saúde (2017-2020). Lousã, Portugal. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5wengine.netdnssl.com/files/2019/01/PLANOLOCAL-DE-SA%C3%9ADE-ACeS-PIN.pdf>;
- American Diabetes Association [ADA] (2015). *Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care*.38(1). Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2014/12/23/38.Supplement_1.DC1/January_Supplement_Combined_Final.6-99.pdf;
- American Diabetes Association [ADA] (2017). *Standards of Medical Care in Diabetes. The Journal of Clinical Applied Research and Education Diabetes Care*, 40 (1), 18. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf;
- American Diabetes Association [ADA] (2019). *Standards of Medical Care in Diabetes-2019* Jan; 42(Supplement 1): S1-S2. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-Sint01>;
- Ascensão J., Caniço H., Dias M. (2016). Avaliação do conhecimento dos doentes diabéticos sobre a sua doença. (Tese de Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/36959>;
- Associação Portuguesa de Nutrição [APN] (2017). Impacto da Terapêutica Nutricional Individualizada no Controlo Glicémico de Pessoas com DM, edição nº9 da Acta Portuguesa de Nutrição. Disponível em: <https://www.apn.org.pt/noticia.php?id=583>;
- Associação Protetora da Diabetes em Portugal [APDP] (2015). Diagnóstico da DM. In APDP. Disponível em <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-comdiabetes/o-diagnostico-da-diabetes/analises-sanguineas#hemoglobina-glicada>;

Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal [APDP] (2012). As complicações da Diabetes. In *Viver com a Diabetes* (3a Edição, pp. 77–108). Lisboa. Disponível em: <https://apdp.pt/diabetes/complicacoes/>;

Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal [APDP] (2017). Tratamento da Diabetes Mellitus: in APDP. Disponível em: <http://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/>;

Barreiro, I. (2015). Revisão à Diabetes Fisiopatologia e Tratamento. (Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/79614/1/Monografia%20Ivo%20Barreiros.pdf>;

Bastos, F. (2004). Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (6º Curso de Mestrado em Saúde Pública), Porto, Portugal. Disponível em: [em https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654](https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654);

Bastos, F. Severo, M. & Lopes, C. (2007, agosto). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes. Porto in *Acta Med* 20:11-20. Faculdade de Medicina Universidade do Porto. Porto Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/836/512>;

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de cuidados de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;

Boavida, J. (2010, junho). PNPCD: Prevenção da Diabetes e a Promoção de Saúde. In *Direção Geral da Saúde*. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pnpcd/>;

Borges, S. & Porto, P. (2014, abril-junho). Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde debate* vol.38 no.101 Rio de Janeiro Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200338;

Carvalho & Carvalho, (2006). Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In *Atividade Física, Saúde e Lazer; A infância e estilos de vida saudáveis*, Pereira, B. & Carvalho, G. Lidel, Edições Técnicas: Lisboa;

Carvalho, J., Figueiredo, M., Fernandes, H., Vilar, A., Andrade, L., Santos, M., Martinho, M., Martins, M., Palmira Oliveira, P. (2012). Transferibilidade do conhecimento em

- Enfermagem de Família. (E-BOOK). Escola Superior de Enfermagem do Porto.UNIESEP. Porto, Portugal. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf;
- Cazarini, R., Zanetti M., Ribeiro, K., Pace A., Foss M. (2002, abril). Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: percentagem e causas. *Medicina* 2002; 35:142-150. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/803>;
- Cosme A., (2008, janeiro). A construção das práticas em enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 05, 33-44.Disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt>;
- Costa, B., Antunes, M., Oliveira, L., Bueno, G. (2018 julho- setembro). Conhecimento dos professores de Educação Física escolar sobre promoção da saúde. *Revista interdisciplinar de promoção da saúde. Volume 1 - Número 3*. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12940/7746>;
- Costa, I. (2016). Educação para a Saúde como Estratégia de Promoção da Vacinação. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária) . Escola Superior de Saúde de Santarém. Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1643/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde%20como%20Estrat%C3%A9gia%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Vacina%C3%A7%C3%A3o%20%282%29.pdf>;
- Delamater, A., (2006, abril). *Improving Patient Adherence. Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77. Disponível em: <https://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71>;
- Dias, E. Nunes, M, Barbosa, V. Jorge, S. Campos, L. (2016, julho). Comportamentos de Pacientes com Diabetes Tipo 2 sob a Perspetiva do Autocuidado. *J Health Sci* 2017;19 (2):109-13. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/847557/comportamentos-de-pacientes-com-diabetes-tipo-2-sob-a-perspecti_zHjvXWP.pdf;
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Saúde Pública. Lisboa, Portugal, Direção Geral da Saúde. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2014/12/2014_14_Saude-Publica.pdf;

Direção Geral da Saúde [DGS] (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Ordem dos Farmacêuticos. Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/sContentDeployer_pt/docs/articleFile268.pdf;

Direção Geral da Saúde [DGS] (2012). Programa Nacional para a Diabetes- Orientações Programáticas. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>;

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Hipertensão Arterial: definição e classificação. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>;

Direção Geral da Saúde [DGS] (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019- 2020. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>;

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto: Orientação nº 017/2013. Lisboa, Portugal, Direção Geral da Saúde Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-ecircularesinformativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>;

Direção Geral Da Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa, Portugal, Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>;

Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa, Portugal, Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>;

Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa. Disponível em : <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/>

Espanha, R., Ávila, P., Mendes, R. (2016). Relatório Síntese- Literacia em Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal/>;

Fernandes, P.(2015).Projeto Escolas sem Ruído. Disponível em: http://issuu.com/uspleiria/docs/conteudos_2?e=16811480/15349017;

- Fonseca, D. (2018). Promoção do autocuidado ao pé em idosos com Diabetes. (Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27920/1/RELATORIO%20DULCE%20FONSECA%20FINALpdf.pdf>;
- Fortin (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta;
- Fortin, M., Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). A Investigação Específica de uma Disciplina: O Exemplo das Ciências de Enfermagem. In Fortin, M. (org.), O Processo de Investigação. Da conceção à Realização (pp. 25-33). Loures: Lusociência;
- Frederico, I., (2018). Diabetes: mais saber, melhor viver. (Tese de Mestrado em Enfermagem e especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Universidade de Évora. Évora, Portugal. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23332/1/Mestrado%20%20Enfermagem%20%20Enfermagem%20Comunit%C3%A1ria%20e%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20%20In%C3%AAs%20Ramos%20Frederico%20-%20Diabetes.....pdf>;
- Fundación Grupo de Amigos de los Diabéticos [F.G.A.D] (2014). *El logotipo del Día Mundial de la Diabetes*. Madrid. Disponível em: <http://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/328/que-es-el-dia-mundialdeladiabetes>;
- Gato, P. (2015). Enfermagem Comunitária Memória Identidades(s). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEEC_III EncontroBoasPraticas/AnaPaulaGato_EnfermagemComunitariaMemorialIdentidade.pdf;
- Guerra, M. (2012). Empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2. (Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública). Escola Superior de Saúde de Beja. Instituto Politécnico de Beja. Beja, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3949/1/Empoderamento%20da%20Pessoa%20com%20Diabetes%20Tipo%202%20-Teresa%20Guerra.pdf>;
- Hafe, P., (2015). Fisiopatologia da Diabetes tipo 1. In *A Diabetes em Síntese: Contributo para um melhor Conhecimento e Gestão da Doença*. Revista Portuguesa de Farmacoterapia. (pp 15 – 42). Estoril. Cadernos de Atualidade Terapêutica;
- Imazu M, Faria B., Arruda, A., Marco, S. (2015, março-abril) Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am.*

Enfermagem. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00200.pdf;

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

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª Edição. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa;

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). Censos 2011- Resultados Provisórios Lisboa, Portugal Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554;

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). Estimativas Anuais da População residente e indicadores demográficos, Ministério do Ambiente – Direção Geral do Território, Carta Administrativa Oficial de Portugal. Disponível em: https://www.ine.pt/documentos/municipios/1003_2018.pdf;

Instituto Nacional de estatística [INE] (2017). Projeções da População residente. Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&destboui=2777696619&DESTAQUE_Smodo=2&xlang=pt;

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018). Óbitos por algumas causas de morte (%)Portugal. In PORDATA. Disponível em :[http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758);

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018). População residente: total e por sexo- Municípios. In PORDATA. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo-357>;

Instituto Nacional de Saúde [INE] (2016). Causas de morte 2016. Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=330362275&att_display=n&att_download=y;

Instituto Nacional de Saúde D. Ricardo Jorge [INSA] (2016b) 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico [INSEF] (2015): Estado de Saúde. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4115>;

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] (2010). Literacia em saúde. IN INSA. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSD/C/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>;

Internacional Diabetes Federation [IDF] (2013). Diabetes Atlas 6ª edição. In International Diabetes Federation. Disponível em: www.idf.org/diabetesatlas;

International Council of Nurses [ICN] (2016). CIPE 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta;

International Diabetes Federation [IDF] (2019). Diabetes Atlas 9ª edição. In International Diabetes Federation. Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-final-web.pdf;

International Diabetes Federation [IDF] (2017a). Diabetes Atlas 8th Edition. Bruxelas: In International Diabetes Federation. ISBN: 978-2-930229-87-4;

Jackson, I., Adibe, M., Okonta, M., & Ukwe, C. (2014, julho). *Knowledge of selfcare among type 2 diabetes patients in two states of Nigeria*. 2 (3): 404 Pharmacy practice. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161403/>;

Kondo, Y., Satoh, S., Osada, N., Terauchi, Y. (2015, agosto). *Early liraglutide treatment improves β -cell function in patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study*, 1–10. <http://doi.org/10.1507/endocrj>;

Leite, R., Pontes, C., Pavão, J. (2015 julho). Cidadania para a saúde. O papel do cidadão na promoção da saúde. Universidade Católica Editora; Lisboa, Portugal. ISBN 9789725404737;

Lopes, L. (2014). Literacia e Educação. Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde. (Tese de dissertação de mestrado em Educação para a Saúde). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra. Coimbra, Portugal Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12530/1/ISABEL_LOPES.pdf;

Macedo, M., Cortez, D., Santos, J., Reis, I., Torres H. (2017, dezembro) *Adherence to self-care practices and empowerment of people with diabetes mellitus: a randomized clinical trial*. Revista Esc Enfermagem USP; 51: e 03278. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29267737>;

- Maldaner, C., Beuter, M., Brondani, C., Budó, M., & Pauletto, M. (2008, dezembro). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-53. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>;
- Marques, J. (2015). Literacia em saúde: avaliação através do *european health literacy survy* em português num serviço de internamento hospitalar. (Tese de Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde). Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.iscteuiul.pt/bitstream/10071/11458/1/Tes20%20Literacia%20em%20Sau%CC%81de.pf>;
- Marques, M., Coutinho, F., Martins, M., Lopes, M., Maia, J., Silva, M. (2019, dezembro). Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus . *Rev. esc. enferm. USP vol.53 São Paulo 2019*, Epub Dec 02,2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018026703517>;
- Mestre, M. (2012). Gestão integrada da prevenção e controlo da Diabetes no ACES Sotavento.(Tese de Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto Politécnico de Beja. Beja, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/3976>;
- Ministério da Saúde [MS] (2016). Despacho nº 3618 - A /2016 de 10 de março: Saúde Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, 2ª série:Nº49. Disponível em: <https://dre.pt/home//dre/73833508/details/maximized?serie=II&drelid=73833504>;
- Município de Ansião (2015). Guia de Recursos Sociais de Ansião. Ansião, Portugal. Disponível em: https://issuu.com/municipiodeansiao/docs/11-0381_guia_web;
- Nogueira, M. (2017). A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 - intervenção do enfermeiro de saúde comunitária. (Relatório de Estágio. Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: [file:///C:/Users/marta/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Comunit%C3%A1ria_%20Mariana%20Nogueira%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marta/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Comunit%C3%A1ria_%20Mariana%20Nogueira%20(1).pdf);
- Nunes, L. (2017). Para uma epistemologia de enfermagem. Loures: Lusodidacta;
- Nunes, L. (2016). Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio. Lisboa: Chiado Editora;

Observatório Nacional da Diabetes [OND] (2015). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2016. In Serviço Nacional de Saúde. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2 .pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf);

Oliveira, S. (2016). Promoção da literacia e capacitação de pessoas diabéticas tipo 2 idosas, em 4 UCF do ACES Dão Lafões. (Tese de Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde). Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Porto, Porto, Portugal. Disponível em: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/11023/2/DM_Suzete_Oliveira.pdf;

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Código Deontológico. Lisboa: IN Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE] (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf+&cd=1&hl=ptPT&ct=clnk&gl=pt> ;

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-dep%C3%A1ginasantigas/regulamento-dascompet%C3%A1ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-eregulamentos-dascompet%C3%A1nciasespec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>;

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2.ª série, N.º 79, 10087-10090. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/?type_field=386&page=6;

Ordem dos Médicos (2018). Automonitorização da Glicémia capilar em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada. Lisboa. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Medicina-Geral-e-Familiar-4.pdf>;

Ordem Enfermeiros [OE] (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual .Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Dezembro,1-18. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem Enfermeiros [OE] (2009). Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Lisboa;

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], (2017). *State of Health in the EU – Portugal*. Perfil de Saúde do País 2017. Paris: *European Observatory on Health Systems and policies*. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_pt_portuguese.pdf;

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], (2018). *Education at a Glance 2018. OCDE Indicators*. Paris. Disponível em: http://www.cnedu.pt/content/noticias/internacional/Education_at_a_glance_2018.pdf;

Pedro, A. (2018). Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente. (Tese de doutoramento em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN%20Tese%20de%20Doutoramento%20Ana%20Rita%20Pedro.pdf>;

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

Pender, J., Murdaugh, C. & Parsons, A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Prentice Hall. Universidade de Michigan. ISBN 0130319503 9780130319500;

Pereira, G., Pedras, S. & Machado, C. (2013, abril-junho). Validação do Questionário de Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 229-236. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n2/12.pdf>

Pereira, M., Pedras, S., & Machado, J. (2012, julho-dezembro). Adaptação do Questionário de Adesão à Medicação numa amostra. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* 15, (2) 148-166. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24785/1/RSBPH%20Questionario%20de%20Ades%C3%A3o%20a%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>;

- Perez, M., Godoy, S., Mazzo, A. Nogueira, P., Trevizan, M. Mendes, I. (2013). Cuidados com os pés antes e após intervenção educativa. Revista Eletrónica trimestral de enfermaria nº29. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/clinica3.pdf>;
- Pinto, M., Dinis, P., Parreira, S., Basto, M. (2017, dezembro). *Impact of a structured multicomponent educational intervention program on metabolic control of patients with type 2 diabetes*. BMC Endocrine Disorders. 2017, 17:77. DOI 10.1186/s12902-017-0222-2;
- PORDATA (2017). Óbitos por município 2011. Portugal. Disponível em: <https://www.Pordata.pt/Subtema/Municipios/%C3%93bitos-213>;
- PORDATA (2017). Taxa de fecundidade por município. Portugal. Disponível em: <https://www.Pordata.pt/Municipios/Taxa+de+fecundidade+geral-369>;
- Portugal, Assembleia da República (2009) – Lei 111/2009. Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. DR: 1ª Série, Nº 180 de 16 de setembro de 2009. P. 6546 – 6548;
- Pradanov & Freitas,(2013). Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico - 2ª Edição. Editora Feevale. Universidade Feevale. Brasil ;
- 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. Disponível em: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20 comuns .pdf>;
- Ribeiro, F. (2015). Relatório de estágio de intervenção comunitária. (III Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Comunitária). Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14859/1/ESSTFC574.pdf>;
- Santos, J. Cortez, D. Macedo, M. Reis, E. Reais, I. Torres, H. (2017, setembro). Comparação das estratégias de educação em grupo e visita domiciliar em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25:2979. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2979.pdf;
- Schneider, R., & Flach, M. (2017). Como construir um projeto de intervenção? Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170427-095100-001.pdf>;

- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2019). BI-CSP. In SNS Disponível em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20021/2100305/Pages/default.aspx>;
- Shah, M. (2015, janeiro). *Compare and contrast of grand theories: Orem's selfcare deficit theory and roy's adaptation model*. *Internacional Journal of Nursing Didactics*, 5(1),39.42. Disponível em: http://www.academia.edu/32344802/Compare_and_Contrast_of_Grand_Theories_oel;
- Silva, A., Santos, I. (2010, outubro). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. *Texto & Contexto Enfermagem*. 19 (4), 745-753. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400018>;
- Silva, I. (2010). *Psicologia da Diabetes* (2ª ed.). Lisboa: Placebo Editora;
- Silva, C. (2011). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alto clínicos: exercício de uma parentalidade autónoma.*(Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, Portugal Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26624/2/Necessidades%20dos%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20no%20ops%20al.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) (2015). *Promoção da Saúde: da investigação à prática*. Lisboa: SPPS, Editora, LDA 1ªEdição. Disponível em: https://www.sp-ps.pt/uploads/publicacoes/135_c.pdf;
- Sociedade Portuguesa Diabetologia [SPD] (2015). *Diabetes: Factos e Números 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. In Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa. Disponível em: <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>;
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD] (2018). *Educação Terapêutica na Diabetes - Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes*. In Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em: http://spd.pt/images/booklet_educacao_therapeutica.pdf;
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ªed. Loures. Loures: Lusociência. 67;
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª ed.) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1;

- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Tavares, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. 2ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde, Portugal;
- Tavares, E., Pinheiro, M., José, H. (2018, julho). Intervenção comunitária na educação em enfermagem: relato de experiência. Revista Brasileira de Enfermagem 71 (Suppl 4):1774.8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1774.pdf;
- Toledo, M; Costa, J. & Silva, E. (2016). *Diabetes Educator: Current Perspectives on their Importance. In JSM Diabetology and Management.* Disponível em: <https://www.jscimedcentral.com/Diabetology/diabetology-1-1001.pdf>;
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383- 74-6;
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião [UCSP DE ANSIÃO] (2019). Relatório de atividades. Ansião, Portugal;
- Vasconcelos, A., Pereira, C., Bastos, C., Leão, J., Fevereiro, M., Cunha, S., Rodrigues, S., Ribeiro, S. (2018, janeiro). Capacitação de Pessoas com Diabetes Tipo 2 nos Cuidados de Saúde Primários. Revista Portuguesa de Endocrinologia de Diabetes e Metabolismo: 2018; 13 (1):18-25. Disponível em: https://www.spedmjournal.com/files/section/e23_s353_capacita_o_de_pessoas_com_diabetes_tipo_2_nos_cuidados_de_sa_de_prim_rios_file.pdf;
- Victor, J., Lopes, M., Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):235-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>;
- World Health Organization [WHO] (2016). *Global Report on Diabetes.* Geneva. Switzerland: World Health Organization. Document Production Services. ISBN 978-92-4-156525-7;
- World Health Organization [WHO] (1998). *Health promotion glossary.* Geneva. Switzerland: World Health Organization Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>;

World Health Organization [WHO] (2013). *Health Education*. Geneva. Switzerland: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/topics/health_education/en/;

Zhang, Y. & Chu. L. (2018). *Effectiveness of Systematic Health Education Model for Type 2 Diabetes Patients. International. Hindawi Journal of Endocrinology* Volume 2018, 9. Disponível em : <https://doi.org/10.1155/2018/6530607>.

APÊNDICES

Apêndice I - Pedido de autorização ao Coordenador da USCP de Ansião

Exm. Sr. Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados de Ansião

Assunto: Pedido de Autorização

Eu, Marta Sofia Marques Brás, Enfermeira, no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Saúde de Portalegre, Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a realizar estágio curricular na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião, venho por este meio solicitar autorização para realizar dentro da mesma instituição o Projeto de Intervenção Comunitária subordinado ao tema “Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2”.

Este estágio já autorizado anteriormente, prevê a realização de um projeto a desenvolver na UCSP, entre setembro de 2019 e janeiro de 2020.

O presente projeto tem como objetivo principal, empoderar a pessoa adulta com DM2, inscrita na UCSP de Ansião na gestão da saúde e na prevenção do aparecimento de complicações tardias. E como objetivos específicos: Que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, demonstrem conhecimentos na dimensão da doença; que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, realizem a vigilância e controlo diário da Diabetes; que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, adquiram conhecimentos sobre o aparecimento de complicações tardias; que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, demonstrem conhecimentos sobre alimentação saudável; que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, pratiquem regularmente exercício físico e que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, adiram ao regime terapêutico.

Para a concretização dos objetivos enunciados, será necessário a passagem de três instrumentos, um questionário sociodemográfico, aplicação da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007) da escala "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000) e do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24) mediante autorização dos autores.

Este estudo será efetuado mediante a aceitação de participação por parte dos participantes, através do consentimento informado, expresso num documento escrito e assinado pela população em estudo. Desde já, estabeleço o compromisso de respeitar o

direito à livre escolha de participação, à confidencialidade, o direito à proteção de dados e a um tratamento justo e equitativo.

Conscientes da importância que tem o desenvolvimento deste projeto, para os utentes e para o desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista, estou ao dispor para algum esclarecimento adicional que considere pertinente.

Atenciosamente, solicito deferimento,

Ansião, junho de 2019

Apêndice II- **Pedido de autorização à Comissão de Ética da ARS Centro**

16/09/2019

Gmail - Pedido de Apreciação pela Comissão de Ética ao estudo "Aprender a Viver com Diabetes Mellitus tipo 2"



Marta Brás <enf.marta.bras@gmail.com>

Pedido de Apreciação pela Comissão de Ética ao estudo "Aprender a Viver com Diabetes Mellitus tipo 2"

2 mensagens

Marta Brás <enf.marta.bras@gmail.com>
Para: secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt

13 de julho de 2019 às 20:03

Boa tarde , Exm. Conselho Diretivo da ARS Centro.

Eu, Marta Sofia Marques Brás, no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Saúde de Portalegre, Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a realizar estágio curricular na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião, venho por este meio requerer a vossa anuência para a efectivação de um projecto de Investigação de âmbito académico , intitulado "Aprender a Viver com Diabetes Mellitus Tipo 2".

Sem outro assunto, e na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me com elevada estima e consideração, deixando em anexo o Formulário preenchido para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética.

Cumprimentos
Marta Brás

 Pedido comissão de ética.pdf
2313K

Marta Brás <enf.marta.bras@gmail.com>
Para: secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt

2 de setembro de 2019 às 18:55

[Citação ocultada]

 Pedido comissão de ética.pdf
2313K

Apêndice III - Pedido de autorização de utilização dos questionários



Marta Brás <enf.marta.bras@gmail.com>

Pedido de Autorização

Marta Brás <enf.marta.bras@gmail.com>
Para: fernandabastos@esenf.pt

25 de junho de 2019 às 14:53

Boa tarde Professora Doutora Fernanda Santos Bastos,

Sou aluna de mestrado e especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Portalegre e encontro-me a realizar estágio no Centro de Saúde de Ansião, Distrito de Leiria no qual tenho de realizar um projecto de intervenção comunitária.

O projecto que vou realizar denomina-se "Viver com Diabetes tipo 2" e tem como objectivo principal - Empoderar a pessoa adulta com DM2, inscrita na UCSP de Ansião na gestão da saúde e na prevenção do aparecimento de complicações tardias.

Deste modo, envio em anexo o pedido de autorização para aplicar a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes versão traduzida e adaptada para Portugal e utilização do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de "Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24).

Obrigado pela Atenção
Atenciosamente
Marta Brás

 Pedido de autorização.docx
13K

Apêndice IV - Termo de Consentimento Livre e Informado



Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, Marta Sofia Marques Brás, Enfermeira a frequentar o 3º Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Saúde de Portalegre, Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a realizar estágio curricular na Unidade de Cuidados Personalizado de Ansião, estou a desenvolver um projeto de Intervenção comunitária intitulado “Aprender a viver com Diabetes Mellitus tipo 2”.

Gostaria de contar com a sua colaboração sendo para tal necessário o preenchimento de um questionário sociodemográfico, aplicação da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007) da escala "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000) e do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)

Poderá anular a sua colaboração, em qualquer momento do estudo. O estudo não implica riscos para o utente.

As informações resultantes do questionário, poderão ser utilizadas para fins educativos ou de publicação de carácter académico ou científico.

A confidencialidade será assegurada.

Se se considerar bem informado e aceitar participar, por favor assine este documento.

Eu abaixo-assinado, compreendi a informação que me foi dada sobre este projeto, podendo desistir a qualquer momento. Aceito participar livremente podendo, no entanto, desistir a qualquer momento sem que daí resulte qualquer prejuízo. Também permito que estas informações sejam utilizadas para fins académicos ou para publicações científicas.

Ansião, /..... /2019

Assinatura do participante

Assinatura da Mestranda/Enfermeira

Nota: Este documento terá 2 cópias, uma ficará na minha posse e outra com o participante.

Apêndice V- **Questionário sociodemográfico**

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICAS

Idade _____ anos

Sexo: Feminino

Masculino

1. Nível de escolaridade:

Ensino Básico

Até 4 ano

5 ou mais anos

Ensino Secundário

Ensino Superior

Não sabe ler nem escrever

2. Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a)

Outro: _____

3. Profissão: _____

4. Avaliação:

Peso	kg
Altura	m
Índice de massa corporal	kg/m
Tensão Arterial	mmHg
Frequência Cardíaca	bpm
Glicémia capilar	mg/dl
Hemoglobina glicada (mais recente)	%
Perímetro Abdominal	cm

5. Há quantos anos é diabético? _____ anos

6. Há mais casos de Diabetes na sua família? Sim Não

7. Tipo de tratamento para diabetes:

Antidiabéticos orais: Insulina

8. Considera ter uma alimentação equilibrada? Sim Não

9. Número de refeições diárias: _____

10. Atividade física regular: Sim Não

11. Já teve/tem alguma complicação da sua doença? (ex: hospitalização, distúrbios oculares, distúrbios renais, etc.) Sim Não

12. Tem outras doenças associadas? (ex: hipertensão arterial, colesterol elevado, obesidade, etc.) Sim Não

Apêndice VI - **Ofícios para convite das Entidades Parceiras**

Exmo. Sr. Presidente, da Câmara de Ansião
Exmo. Sr.....

Assunto: “Projeto de Intervenção Comunitária”

O meu nome é Marta Sofia Marques Brás, sou enfermeira e estou desde maio de 2019 a realizar estágio curricular no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião.

Encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária “Aprender a viver com Diabetes *Mellitus* Tipo 2”, que abrange a população em idade ativa diabética do concelho de Ansião.

Objetivo do projeto: promover a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos saudáveis na população alvo. A finalidade da intervenção comunitária pretende alcançar ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida dos utentes.

Para alcançar o objetivo, pretendemos desenvolver uma parceria entre a Câmara Municipal e o Centro de Saúde de Ansião, no âmbito da implementação deste projeto com o objetivo:

- Divulgação do projeto – no vosso jornal, agenda cultural, bem como na rede social, Facebook, onde seja possível dar a conhecê-lo à população do Concelho, dando visibilidade a este problema de saúde pública;
- Disponibilizar um Técnico de Desporto, para a realização da sessão sobre exercício físico de modo a promover a atividade física através de diversos exercícios que o mesmo considere adequados à população alvo;
- Cedência de um espaço para a realização da aula de atividade física, referida anteriormente.

Gostaríamos, se as condições meteorológicas o permitirem, de utilizar o jardim público para a realização desta atividade. No entanto, se as mesmas forem desfavoráveis, solicitamos a disponibilidade do pavilhão municipal.

Assim, vimos convidar V. Exa., a estar presente na apresentação do projeto, conforme convite em anexo.

Desde já agradeço pela atenção disponibilizada.

Sem outro assunto, subscrevo-me com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Enf^ª. Mestranda Marta Brás
Enf^ª. Orientadora Júlia Santos

Exmo. Sr. Presidente, da Junta de Freguesia de Ansião

Exmo. Sr....

Assunto: “Projeto de Intervenção Comunitária”

O meu nome é Marta Sofia Marques Brás, sou enfermeira e estou desde maio de 2019 a realizar estágio curricular no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião.

Encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária “Aprender a viver com Diabetes *Mellitus* Tipo 2”, que abrange a população em idade ativa diabética do concelho de Ansião.

Objetivo do projeto: promover a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos saudáveis na população alvo. A finalidade da intervenção comunitária pretende alcançar ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida dos utentes.

Para alcançar o objetivo, pretendemos desenvolver uma parceria entre a Junta de Freguesia de Ansião e o Centro de Saúde de Ansião no âmbito da implementação deste projeto com o objetivo de divulgação do projeto onde seja possível dar a conhecê-lo à população do Concelho, dando visibilidade a este problema de saúde pública

Assim, vimos convidar V. Exa., a estar presente na apresentação do projeto, conforme convite em anexo.

Desde já agradeço pela atenção disponibilizada.

Sem outro assunto, subscrevo-me com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Enf.^a Mestranda Marta Brás

Enf^a. Orientadora Júlia Santos

Exma. Sra. Coordenadora da UCC Nabão

Exma. Sra. Enfermeira

Assunto: “Projeto de Intervenção Comunitária”

Marta Sofia Marques Brás, enfermeira, desde maio de 2019 a realizar estágio curricular no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião. Encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária “Aprender a viver com Diabetes Mellitus Tipo 2”, que abrange a população em idade ativa diabética do concelho de Ansião.

Objetivo do projeto: promover a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos saudáveis na população alvo. A finalidade da intervenção comunitária pretende alcançar ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida dos utentes.

Para alcançar o objetivo, pretendemos solicitar a sua colaboração, no desenvolvimento deste projeto.

Assim, vimos convidar V. Exa., a estar presente na apresentação do projeto, conforme convite em anexo.

Desde já agradeço pela atenção disponibilizada.

Sem outro assunto, subscrevo-me com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Enf.^a Mestranda Marta Brás
Enf.^a. Orientadora Júlia Santos

Exma. Sr.^a Dr.^a Nutricionista

Exma. Sr.^a Dr.^a

Assunto: “Projeto de Intervenção Comunitária”

O meu nome é Marta Sofia Marques Brás, sou enfermeira e estou desde maio de 2019 a realizar estágio curricular no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião.

Encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária “Aprender a viver com Diabetes *Mellitus* Tipo 2”, que abrange a população em idade ativa diabética do concelho de Ansião.

Objetivo do projeto: promover a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos saudáveis na população alvo. A finalidade da intervenção comunitária pretende alcançar ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida dos utentes.

Venho por este meio solicitar, se possível, a sua colaboração como formadora no projeto, na realização da sessão de educação para a saúde "Coma bem e viva Melhor".

A sua Colaboração é fundamental para o desenvolvimento deste projeto.

Assim, vimos convidar V. Exa., a estar presente na apresentação do projeto, conforme convite em anexo.

Desde já agradeço pela atenção disponibilizada.

Sem outro assunto, subscrevo-me com elevada estima e consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Enf.^a Mestranda Marta Brás

Enf.^a. Orientadora Júlia Santos

Apêndice VII - **Convite elaborado para os parceiros**

Convite elaborado para os parceiros.



CONVITE **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião**

Marta Brás,
Enfermeira, aluna do Mestrado em Enfermagem.

Convida Vossa Excelência para estar presente na sessão de apresentação do projeto “Aprender a Viver com Diabetes *Mellitus* tipo 2”

Local: Centro de Saúde de Ansião

Dia 15/10/2019 pelas 15 h .

Apêndice VIII - **Convites elaborados para os utentes**

Convite elaborado para a amostra e população alvo.

CONVITE - SESSÕES DE FORMAÇÃO

No âmbito do projeto de intervenção comunitária “Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2” desenvolvido pela Enf^a. Mestranda Marta Brás sob a orientação da Enf^a. Júlia Santos, a decorrer no Centro de Saúde de Ansião de setembro de 2019 a janeiro de 2020, venho por este meio convidar Vossa Excelência a participar nas atividades que se irão realizar.

Sessão de formação “Vamos falar sobre diabetes”-

Sessão de formação “Viver com diabetes”

Local :Sala de reuniões do Centro de Saúde de Ansião

Dia: 22/11/19 , 18h

CONVITE - SESSÃO DE FORMAÇÃO

No âmbito do projeto de intervenção comunitária “Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2” desenvolvido pela Enf^a. Mestranda Marta Brás sob a orientação da Enf^a. Júlia Santos, a decorrer no Centro de Saúde de Ansião de setembro de 2019 a janeiro de 2020, venho por este meio convidar Vossa Excelência a participar nas atividades que se irão realizar.

Sessão de formação sobre alimentação na diabetes intitulada “Coma bem e viva Melhor “

Dia: 10 /12/19, 18h

Sala de reuniões do Centro de Saúde de Ansião

Formadores: Enf^a. Mestranda Marta Brás e Dr.^a Armanda Marques (Nutricionista)

CONVITE

No âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2”

Levar
roupa
prática

**SESSÃO PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO
“EXERCITE-SE PARA MANTER O EQUILÍBRIO”**

Dia: 11 de janeiro pelas 14h30

Local: Ansião - Parque Verde do Nabão

**Formadores: Professor Leonardo Freire
Enf^a. Marta Brás**

A prática de exercício físico é fundamental na pessoa com Diabetes !

Nota: Caso as condições climáticas não permitirem a realização da sessão ao ar livre , passará para Pavilhão Municipal .

**Apêndice IX - Planeamento da Reunião com os Parceiros e das Sessões de Educação
para a Saúde**

PLANO DA REUNIÃO COM OS PARCEIROS

Atividade: Reunião	
Conteúdo: Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Apresentar os problemas identificados;• Apresentação dos objetivos do projeto;• Pedido de colaboração às entidades parceira.	
Participantes	Entidades Parceiras Equipa multidisciplinar (médico e enfermeiros)
Método pedagógico	PowerPoint “método expositivo “
Data /duração	Dia :15/10/19 Duração 25 minutos
Local	Sala de reuniões do Centro de Saúde de Ansião
Avaliação	Registo de presenças

PLANO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

1ª Sessão de educação para a saúde

Formadores: Mestranda

Local de Formação: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Ansião

Tema: “Vamos falar sobre a Diabetes?”

Recursos: Humanos – Formadores

Metodologia: Expositiva e Brainstorming

Avaliação: Colocação de questões sobre os conteúdos abordados e folha de presenças.

Fase da sessão	Sequência didática	Conteúdos Programático	Metodologia e técnicas pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema a abordar e motivação dos participantes	Apresentação dos preletores; Apresentação do tema.	Expositiva	Computador; Projeter; Tela ; Datashow; PowerPoint	5 min
Desenvolvimento	Exposição do tema a abordar	Definição da diabetes; Prevenção dos fatores de risco; Rastreio e diagnóstico; .Tratamento das complicações.	Brainstorming Expositivo Debate	Computador; Projeter; Tela ; Datashow; PowerPoint	10 min
Conclusão	Final da sessão	Resumo da temática abordada; Esclarecimento de dúvidas .	Expositiva	Computador ; Projeter; Tela ; Datashow; PowerPoint	10 min

2ª Sessão de educação para a saúde

Formadores: Mestranda

Local de Formação: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Ansião

Tema: “Viver com diabetes “

Metodologia: Expositiva

Avaliação: Colocação de questões sobre os conteúdos abordados; folha de presenças e teste de avaliação de conhecimentos;

Fase da sessão	Sequência didática	Conteúdos Programático	Metodologia e técnicas pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema a abordar e motivação dos participantes	Apresentação dos preletores; Apresentação do tema.	Expositiva	Computador; projetor; tela ;datashow e pendrive	5 min
Desenvolvimento	Exposição do tema a abordar	Definição de hipoglicémia e hiperglicemia; Sinais e sintomas; O que fazer em caso de hipoglicémia e hiperglicemia ; Vigilância da glicémia: Cuidados a ter; Importância da adesão ao regime terapêutico.	Expositivo Demonstrativo	Computador; projetor; tela ; datashow; Powerpoint; folhas A4; canetas; Glucómetro; tiras para determinação da glicémia capilar; lancetas descartáveis; compressas; luvas descartáveis e contentor de cortoperfurantes.	20 min
Conclusão	Final da sessão	Resumo da temática abordada. Esclarecimento de dúvidas.	Expositiva	Computador; projetor; tela e datashow.	10 min

3ª Sessão de educação para a saúde

Formadores: Mestranda e Nutricionista

Local de Formação: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Ansião

Tema: “Comer bem para melhor viver?”

Metodologia: Expositivo

Avaliação: Número de participantes na sessão; colocação de questões sobre os conteúdos abordados e folha de presenças.

Fase da sessão	Sequência didática	Conteúdos Programático	Metodologia e técnicas pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema a abordar e motivação dos participantes	Apresentação dos preletores; Apresentação do tema.	Expositiva	Computador; projetor;tela; datashow e Powerpoint	5 min
Desenvolvimento	Exposição do tema a abordar	Explicação sobre os diferentes grupos de alimentos; Escolha de alimentos com baixo índice glicémico; Exemplos dos diferentes tipos de hidratos de carbono quando se devem consumir; -Escolha de frutas e quando deve ser feita a ingestão; -Exemplos práticos de gramas de açúcar em alguns doces consumidos.	Expositivo Demonstrativo	Computador; projetor;tela; datashow e Powerpoint	30 min
Conclusão	Final da sessão	Resumo da temática abordada; Esclarecimento de dúvidas.	Expositiva	Computador; projetor; tela; datashow e powerpoint	10 min

4ª Sessão de educação para a saúde

Formadores: Mestranda e Técnico de Desporto

Local de Formação: Jardim Municipal “Parque Verde do Nabão”.

Tema: “Para manter o Equilíbrio Exercite-se?”

Metodologia: Expositiva e Prática

Avaliação: Número de participantes na sessão e observação e correção dos exercícios desenvolvidos pelos participantes.

Fase da sessão	Sequência didática	Conteúdos Programático	Metodologia e técnicas pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação dos objetivos da sessão de formação	Apresentação dos preletores;	Expositiva	Panfletos	5 min

Desenvolvimento	Exposição do tema a abordar	Importância da atividade física; Atividade física e DM; Riscos inerentes; Contraindicações; Estruturas existentes no conelho que promovam a atividade física; Aquecimento, exercício e alongamento.	Expositivo Demonstrativo	Águas	40 min
Conclusão	Final da sessão	Esclarecimento de dúvidas	Expositiva		5 min

Apêndice X - Folha de Presenças

Apêndice XI - Material disponibilizado nas sessões de educação para a saúde

Panfleto referente á sintomatologia Hipo e hiperglicemia

COMO AGIR

- Seguir as instruções da equipa de saúde para estas situações (por exemplo, ajustar a dose da insulina);
- Falar com a equipa de saúde logo que possível, sabendo se os valores são muito altos ou se a situação dura muito tempo;
- Caso não consiga contactar a equipa de saúde, ligue para a Linha de Saúde 24: 808 24 24 24;






FIQUE ATENTO AOS SINAIS E SINTOMAS!



Trabalho elaborado por:
EnF. Mestranda Marta Brás

DIABETES

HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA



HIPOGLICEMIA

NÍVEL BAIXO DE AÇÚCAR

Quando o medidor marca uma glicémia capilar de 70 mg/dl ou inferior com ou sem sintomatologia!

70

SINTOMAS

Sintomas Físicos
Fraqueza
Sensação de fome
Tremores
Suores frios
Palpitações
Pálidez
Ansiedade
Irritabilidade

Falta de açúcar no cérebro
Dor de cabeça
Visão turva
Tonturas
Náuseas
Confusão mental
Amnésia
Convulsões
Coma

Foiste : APDP

As hipoglicemias notur nas são mais difíceis de detetar e podem manifestar-se apenas por suores, pesadelos e dores de cabeça matinais.

CAUSAS

- Atraso ou falta numa refeição;
- Refeição pobre em hidratos de carbono de absorção lenta;
- Vómitos /diarreia ;
- Perda de peso relevante ;
- Má técnica de administração de insulina;
- Aumento da absorção local no sítio de injeção da insulina;
- Aumento da dose dos antidiabéticos orais ou administração inadequada;
- Administração de doses de insulina;
- Consumo de álcool;

COMO AGIR

Se glicémia inferior a 70mg/dl :

- Ingerir 10 a 15 gramas de açúcar (2 pacotes) diluídos em água ou 150 ml de refrigerante com 1 pacote e meio de açúcar adicionado;
- Se glicémia inferior a 50 mg/dl :
- Ingerir 20 –30 gramas de açúcar (4 pacotes) diluídos em água ou 300 ml de refrigerante com 3 pacotes de açúcar adicionados .

Em ambos os casos reavaliar a fim de 10 min caso mantenha glicémia inferior a 70 mg/dl repetir a correção com açúcar ou equivalente e reavaliar a glicémia até estabilizar;

Quando glicémia superior a 70 mg/dl fazer a refeição de um lanche (Ex: 3 bolacha a tipo Maria ou 1/2 fatia do pão ou 1 copo de leite).

Em caso de Hipoglicemia Grave:

Quando o batimento tem de ser realizado por terceiros ; deite a pessoa de lado ; Chame 112 exposto a situação ; em caso de prescrição médica administrar glúcoro intramuscular ou subcutâneo.

HIPERGLICEMIA

Lo aumento excessivo da glicémia, chama-se Hiperglicémia. Considera-se hiperglicémia quando o utente apresenta um valor de glicémia capilar em jejum superior a 110 mg/dl e 2h após uma refeição se for superior a 140 mg/dl

⇒ Qualquer valor acima de 200 mg/dl deve ser evitado!

SINTOMAS

- Vontade de urinar frequente
- Sede excessiva e/ou fome
- Boca seca
- Perda de peso inexplicável
- Visão turva
- Falta de energia e cansaço extremo;
- Comichão pelo corpo.

CAUSAS

- Ingestão excessiva de hidratos de carbono (por exemplo, pão, batata, arroz, doces, chocolate); Situação de stress ou ansiedade;
- Questões com a medicação (por exemplo, o local de administração da insulina, o esquecimento dos comprimidos, a diarreia e outros problemas na absorção dos medicamentos);
- Doença aguda (por exemplo, infeções urinárias, febre, outros problemas de saúde agudos)

Panfleto referente ao Pé Diabético

<p>Não deve</p> <ul style="list-style-type: none">• Andar descalço,;• Pôr os “pés de molho”;• Aplicar produtos que “pintem” a pele; Aplicar calçados;• Usar sacos de água quente;• Estar com os pés perto de lareiras ou aquecedores. <p>▶</p> <p>Se identificar alguma alteração nos seus pés contacte a sua equipa de saúde.</p>	<p>“A única maneira de conservar a saúde é comer o que não se quer, beber o que não se gosta e fazer aquilo que se preferia não fazer”</p> <p>Mark Twain</p>  <p>FIQUE ATENTO!</p>  <p>Trabalho elaborado por: EnF. Mestranda Marta Brás</p>	<h3>PÉ DIABÉTICO</h3>  <p>Aprenda a cuidar dos seu pés!</p>
--	---	---

<p>Uma das estruturas atingidas quando se fala de complicações tardias da Diabetes é o PÉ.</p>  <p>As alterações que ocorrem no pé são consequência de 3 fatores: neuropatia (alteração dos nervos); doença vascular periférica (alteração da circulação) e suscetibilidade às infeções que podem levar ao aparecimento de lesões e ter como consequências mais graves a AMPUTAÇÃO e mesmo a morte.</p> <p>OBJECTIVO</p> <p>Prevenir e reduzir o número de amputações.</p>	<p>Características de um Pé de risco</p> <ul style="list-style-type: none">• Existência de deformações;• Alteração ou redução da mobilidade articular;• Perda de sensibilidade;• Presença de calosidades;• História anterior de úlcera no pé; <p>Atuar a nível da prevenção</p> <p><u>Diariamente</u></p> <p>Observar muito bem os pés:</p> <ul style="list-style-type: none">• Verifique se aparecem manchas, feridas gretas;• Lavar bem os pés com água morna e corrente;• Usar sabonete com PH neutro;• Secar muito bem os pés (atenção a zona interdigital - com uma toalha de algodão);• Usar um creme hidratante, porém não colocar na região interdigital	<ul style="list-style-type: none">• Usar meias preferencialmente de algodão, sem elásticos e sem costuras;• Usar sapatos adequados: biqueira larga, péto alto e com cordões;  <ul style="list-style-type: none">• Inspeccionar os sapatos antes de os calçar; <p><u>Semanalmente</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Usar lima de pés para as calosidades;• Limar as unhas a direita e com lima de cartão. 
--	--	---

Panfleto referente à sessão de educação para a saúde “Coma bem e viva melhor”

<p>⇒ Alimentos ricos em ácidos gordos monosaturados que são responsáveis por aumentar o colesterol HDL e diminuir o risco cardiovascular (ex: azeite, óleo de amendoim).</p> <p>ALIMENTOS A EVITAR</p> <p>⇒ Açúcar ou alimentos ricos em açúcar (ex: refrigerantes, bolos, compotas ...);</p> <p>⇒ Uso de sal em excesso utilizar ervas aromáticas;</p> <p>⇒ Alimentos ricos em gorduras saturada (ex: charcutaria, batatas fritas chocolates...).</p> <p>RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS</p> <p>⇒ Optar por ingerir água enquanto bebida preferencial ao longo do dia (1,5 l);</p> <p>⇒ Privilegiar a confeção de alimentos de forma simples como grelhados, uso de ervas aromáticas, sopas...</p> <p>⇒ Cumprir o intervalo entre as refeições;</p> <p>⇒ Procurar o auxílio de um profissional de saúde.</p>	<p>TIPO DE ALIMENTOS</p>  <p>Existem vários tipos de açúcares, são exemplo: a sacarose, a glucose, a dextrose, a frutose, a maltose, a maltodextrina, o xarope de glucose, o xarope de milho, a geleia de milho, o açúcar invertido, o melaço e também o mel.</p> <p>Fonte: APDP</p>  <p>Trabalho elaborado por: En.ª. Meistranda Marta Brás</p>	<p>DIABETES E A ALIMENTAÇÃO</p> 
--	---	--

<p>Alimentação</p> <p>Uma alimentação saudável e equilibrada faz parte do tratamento das pessoas com diabetes.</p> <p>Os principais objetivos da alimentação de uma pessoa com diabetes são: obter um bom controlo da glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e atingir e manter um peso saudável, de forma a prevenir o aparecimento das complicações da diabetes. Para ajudar a controlar estes fatores de risco, recomenda-se a redução da ingestão de gordura e sal e o aumento da ingestão de fibra.</p> <p>A triada fundamental no tratamento da diabetes tem como objetivo reduzir o aparecimento de complicações, reduzir a mortalidade e controlo glicémico através de:</p> <p>⇒ Prática regular de exercício físico;</p> <p>⇒ Medicação;</p> <p>⇒ Alimentação saudável.</p> <p>Fonte : APDP</p>	<p>Deve fazer 6/7 refeições por dia (pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia). Não deve ficar mais de 3 horas sem comer, durante o dia e 9 horas durante a noite.</p> <p>A roda dos alimentos permite-lhe ter uma visão de como se encontram distribuídos os alimentos, ajudando-o a escolher e a combiná-los de forma a fazer uma alimentação correta.</p>  <p>ALIMENTOS A PREFERIR</p> <p>⇒ Alimentos ricos em fibra nas suas refeições, como o pão de mistura ou centeio, ou flocos de aveia, leguminosas (grão, feijão, ervilhas, favas, lentilhas);</p>	<p>ALIMENTOS A PREFERIR</p> <p>As fibras são importantes para todos, mas especialmente nas pessoas com Diabetes já que permitem diminuir a glicemia após as refeições, reduzir os níveis de colesterol, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento do intestino.</p> <p>⇒ Frutas e legumes devem ser consumidos diariamente. Por vezes existe a ideia, errada, de que as pessoas com Diabetes não podem comer fruta. Esta faz parte de uma alimentação saudável e equilibrada, desde que ingerida em quantidades adequadas. São alimentos extremamente ricos em vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes;</p> <p>⇒ No caso de frutos com maior percentagem de açúcar como por exemplo as uvas, bananas, figos, dadios, estes podem-se ingerir na mesma, mas em menores quantidades;</p> <p>⇒ Leite meio gordo ou os iogurtes magros com 0% gordura e 0% açúcar adicionado têm também açúcar e neste caso estamos a falar da lactose – o açúcar do leite;</p>
---	--	---

Jogos didáticos

VAMOS JOGAR?



SOLUÇÕES

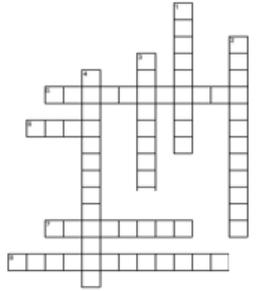
Palavras cruzadas:

1- Medicação; 2- Hipoglicemia; 3- Pâncreas; 4- Hiperglicemia ;5-Alimentação;6- Tremores;7-Sede; 8- Pé-diabético .

Sopa de letras

R	E	A	A	P	I	P	E	M	F	V	Q	Z	U	N	E
I	I	D	U	E	A	O	I	A	Q	O	D	T	Q	O	J
K	D	P	J	C	Q	L	P	I	N	F	E	C	O	E	S
D	K	Y	N	Y	F	I	G	L	E	K	P	S	X	N	K
T	Y	O	N	F	O	U	N	R	M	W	A	E	M	I	I
J	E	L	I	A	M	R	E	G	M	W	O	D	Y	P	M
V	F	V	A	Z	E	I	O	Z	U	A	Z	E	R	G	O
T	O	N	T	U	R	A	S	Y	A	S	T	L	N	O	B
M	K	Q	E	M	L	E	T	C	V	R	Y	T	U	O	Z
N	W	G	C	J	N	S	R	Y	I	G	J	E	R	T	O
T	Z	I	G	I	F	E	W	A	U	Q	E	Y	B	C	
P	A	L	I	D	E	Z	M	B	J	X	I	P	S	T	B
V	V	X	I	U	D	Z	O	E	Q	A	C	I	A	G	A
H	I	V	J	E	H	C	R	K	I	I	W	I	A	E	C
E	L	N	H	Y	E	Z	E	E	L	S	U	O	R	U	J
F	W	O	M	W	H	P	S	Q	E	Y	E	N	A	G	G

VAMOS FALAR SOBRE A DIABETES?



Horizontal

5. Indispensável no tratamento da diabetes .
6. Sintoma da hiperglicemia
7. Sintoma da hipoglicemia
8. Complicação associada ao aparecimento de lesões nos pés

Vertical

1. Prescrito pelo médico para controlar os valores de glicémia .
2. Níveis de glicémia capilar abaixo dos 70 mg/dl.
3. Orgão responsável pela produção de insulina
4. Níveis de açúcar muito elevados no sangue.

SINAIS E SINTOMAS DA DIABETES?



Palavras a encontrar:

- Palidez
- Suor
- Poliúria (urinar frequentemente)
- Fome
- Infecções
- Tremores
- Tonturas
- Sede

Panfleto referente á sessão de educação para a saúde “Exercite-se para manter o equilíbrio”

<p>CONSELHOS PARA EVITAR HIPOGLICÉMIAS:</p> <p>Realize exercício 1-3 horas depois de comer ou lanchar.</p> <p>– Leve no bolso um pacote de açúcar, chocolate ou rebuçado para o caso de notar uma baixa de açúcar;</p> <p>⇒ Se o exercício é intenso ou dura mais de 1 hora, deve fazer avaliação da glicemia no início e no fim.;</p> <p>⇒ Se antes do exercício ou ao terminar tiver menos de 100 mg/dl de glicose faça um lanche (por exemplo, uma peça de fruta, uma sandes pequena ou 3 bolachas);</p> <p>⇒ Pode ser necessário administrar menos insulina antes de fazer exercício intenso;</p> <p>⇒ Em geral, escolha o abdómen para injetar a insulina antes do exercício. É recomendável levar uma identificação de que é diabético e ir acompanhado sempre que possa;</p> <p>⇒ Beba água abundantemente ;</p> <p>⇒ Use calçado cómodo e apropriado.</p>	<p>QUANDO CONSULTAR O SEU MÉDICO DE FAMÍLIA?</p> <p>Quando vai começar um programa de exercício, para aconselhar-se sobre o tipo, duração e necessidade de autocontroles de glicose.</p> <p>Se durante ou depois do exercício notar enjoos, falta de ar, sudorese abundante, dor no peito ou piora do controlo da glicose;</p> <p>Se apresentar nos pés vermelhidão, bolhas ou feridas.</p>  <p>Fonte : https://apdo.pt/diabetes/tratamento/exercicio-fisico/</p>  <p>Trabalho elaborado por: Enf. Mestranda Marta Brás</p>	 
<p>Atividade Física na Prevenção de Diabetes :</p> <p>O exercício físico regular é uma das formas de prevenção de complicações da Diabetes e de controlo dos níveis de glicemia.</p> <p>PORQUE É IMPORTANTE?</p> <ul style="list-style-type: none">• Estimula a produção de insulina ;• Facilita o transporte de insulina para as células.• Estimula a circulação sanguínea;• Melhora o rendimento do coração,• ajuda a controlar a glicose no sangue ;• Permite perder peso;• Diminui a pressão arterial e o colesterol• Produz bem-estar físico e psíquico.	<p>Não precisa de ser um atleta! Pode optar por vários tipos de exercícios consoante a sua idade, gosto e condição física.</p> <p>O QUE DEVO FAZER ?</p> <p>Faça exercício diariamente, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Caminhada de 30 min pelos menos;• Ir passear o cão;• Dançar;• Subir escadas;• Correr (sem se cansar excessivamente),• Fazer Natação ;• Andar de bicicleta.  <p>Para caminhar mais utilize alguns truques: caminhe em vez de usar o carro, saia do autocarro uma paragem antes, suba as escadas em vez de usar o elevador .</p>	<ul style="list-style-type: none">⇒ Se habitualmente não faz exercício, consulte primeiro o seu médico.⇒ Deve começar com 10 minutos diários e aumentar pouco a pouco até chegar aos 45-60 minutos por dia, pelo menos 4-5 dias por semana.⇒ Se está treinado, pode fazer desportos como futebol, basquete, corrida, etc., mas deve seguir o controlo de um treinador capacitado. Não são aconselháveis desportos anaeróbios (levantamento de pesos) de alta intensidade, ou realizados num espaço curto de tempo (sprint).  <p>ATENÇÃO!!</p> <p>Se não está corretamente informado, pode ter uma baixa de açúcar, o que chamamos de hipoglicémia. O risco é maior se toma comprimidos para a diabetes ou se administra insulina.</p>

Apêndice XII - Questionário de Avaliação dos Conhecimentos Adquiridos

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS

Após a conclusão das 2 primeiras sessões de educação para a saúde, é fulcral realizar a avaliação dos conhecimentos adquiridos. Deste modo, solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Colocar um X na resposta correta.

Questões	SIM	NÃO
1. A Diabetes é caracterizada por um conjunto de alterações no nosso corpo?		
2. A causa comum da diabetes é a falta de insulina efetiva no corpo?		
3. A Diabetes surge quando o pâncreas não funciona corretamente?		
4. A insulina é produzida pelos rins?		
5. Se sou diabético, os meus filhos irão apresentar um maior risco de serem diabéticos?		
6. A diabetes pode ser curada?		
7. Uma glicémia capilar de 250 mg/dl é considerada hiperglicemia?		
8. O exercício físico regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes?		
9. A medicação é mais importante do que a dieta e o exercício para controlar a diabetes?		
10. Nas pessoas diabéticas, é importante ter cuidados com os pés para evitar feridas?		
11. Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com álcool?		
12. A diabetes pode causar danos nos meus rins		
13. Tremor e suor muito são sinais e sintomas de hipoglicemia ?		
14. . Urinar frequentemente e ter sede são sinais e sintomas de hiperglicemia?		
15. A pessoa diabética deve avaliar a glicemia só quando vai ao médico e/ou enfermeiro?		

Apêndice XIII - Certificado de Participação

Certificado de Participação

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que o/a Sr.(a) _____ este presente nas sessões de educação para a saúde realizadas no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2” que decorreu no Centro de Saúde de Ansião, de setembro de 2019 a janeiro de 2020, desenvolvido pela Enfermeira Mestranda Marta Brás sob a orientação da Enfermeira Júlia Santos.

Ansião, novembro de 2019

(Enf.ª Mestranda Marta Brás)

Mestrado em Enfermagem em Associação



Apêndice XIV - Cartazes de Divulgação das Sessões de Educação para a Saúde

Cartaz das Sessões de Educação para Saúde “Vamos falar sobre Diabetes” e “Viver com Diabetes”



PROJETO “APRENDER A VIVER COM A DIABETES MELLITUS TIPO 2”

UC SP A **SESSÕES DE FORMAÇÃO**

“VAMOS FALAR SOBRE DIABETES”

“VIVER COM DIABETES ”

Dia: 22 de novembro pelas 18h
Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Ansião
Formadora: Enf^a. Mestranda Marta Brás

PARTICIPE!

Logos: UCSP, ANSIAO, ACES, and other partners.

Cartaz das Sessões de Educação para Saúde “Exercite-se para manter o equilíbrio”



PROJETO “APRENDER A VIVER COM A DIABETES MELLITUS TIPO 2”

Sessão Prática de Exercício Físico

**EXERCITE-SE PARA MANTER O
EQUILÍBRIO**

Dia: 11 de janeiro pelas 14h30

Local: Parque Verde do Nabão

**Formador: Professor Leonardo Freire
Enf^a. Marta Brás**

**Levar
roupa
prática**

**A prática de exercício físico é fundamental na pessoa com
Diabetes !**

Nota: Caso as condições climatéricas não permitirem a realização da sessão ao ar livre , passará para pavilhão Municipal .



Apêndice XV - Página do Facebook “Aprender a viver com Diabetes Mellitus tipo 2”

Página do Facebook “Aprender a Viver com Diabetes Mellitus tipo 2”

The image shows a screenshot of a Facebook page. On the left is a navigation menu with options like 'Página inicial', 'Serviços', 'Avaliações', 'Loja', 'Ofertas', 'Fotos', 'Vídeos', 'Publicações', 'Eventos', 'Sobre', 'Comunidade', and 'Empregos'. The main content area features a cover photo with the following text: 'Centro de Intervenção Comunitária - Centro de Saúde de Ansião', 'Destinatários : Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 do Concelho de Ansião', 'A decorrer até Dezembro de 2019', 'Organização : Mestranda Enf.ª Marta Brás', 'Enf.ª Orientadora Júlia Santos', and 'NÃO FIQUES PARADO!'. Below the cover photo are buttons for 'Curtiu', 'Seguindo', 'Compartilhar', and 'Enviar mensagem'. There is also a section for 'Criar' with options for 'Ao vivo', 'Evento', 'Oferta', and 'Emprego'. A post creation area is visible with the text 'Escreva uma publicação...' and options for 'Foto/vídeo', 'Receber men...', and 'Sentimentola...'. At the bottom, there are two promotional boxes: 'Obter mais curtidas na Página' and 'Obter mais cliques no link'.

Apêndice XVI – **Monitorização do Projeto**

Monitorização do Projeto

Atividade	Data	Pessoas Envolvidas	Objetivo	Monitorização/Avaliação
1) Reunião com o coordenador da UCSP e enfermeira orientadora	30/09/2019	Humanos: Enf ^a . Mestranda; Enf. Orientadora; Coordenador da UCSP.	Apresentar e validar pertinência do projeto	Reconhecida importância e mais-valia do projeto
2) Reunião com a enfermeira orientadora, médico responsável pelo programa da DM para apresentação do projeto e cronograma.	07/10/2019	Humanos: Enf ^a . Mestrada; Enf ^a . Orientadora; Médico responsável pelo programa da DM.	Apresentar e validar pertinência do projeto	Reconhecida importância e mais-valia do projeto
3) Reunião com as entidades parceiras	15/10/2019	Humanos: Enf ^a . Mestranda; Enf ^a . Orientadora; Presidente da Câmara de Ansião; Coordenadora da UCC; Equipa multidisciplinar da unidade de saúde de Ansião.	Apresentar e validar pertinência do projeto	Reconhecida importância e mais-valia do projeto
4) Divulgação do Projeto	10/10/2019 a 22/11/2019	Humanos: Equipa de Gestão do Projeto	Informar a população alvo e a restante população. Maior adesão e participação no projeto.	Nº de diabéticos que mostraram interesse
5) Verificação do agendamento da consulta de Vigilância da DM	1/10/2019	Humanos: Administrativos do CS, Equipa de Gestão do Projeto	Agendar consultas	Nº de diabéticos que efetivaram consulta agendada
6) Consulta de Enfermagem de DM - Aplicação dos instrumentos de recolha de dados.	5/10/2019 a 15/11/2019	Humanos: Enf ^a . Mestranda; Enf ^o . da UCSP Médico de clínica geral e familiar	Melhorar a gestão da saúde e o autocuidado na pessoa com DM2	Nº de consultas realizadas
7) Realização das sessões de educação para a saúde	22/11/2019 a 11/01/2022	Humanos: Equipa de Gestão do Projeto	Promover a saúde, o autocuidado e o conhecimento sobre a patologia	Nº de participantes nas sessões de educação para a saúde .

**Apêndice XVIII- Resumo do Artigo de Revisão Integrativa da Literatura intitulado
“Intervenções de enfermagem eficazes na promoção da saúde e do autocuidado nos
indivíduos adultos com Diabetes Mellitus tipo 2”, elaborado pela mestranda**

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, cuja prevalência tem aumentado de forma exponencial em todo o mundo atingido, cada vez mais, a população em idade laboral.

A modificação dos estilos vida, a prática de atividade física e a gestão terapêutica são os pilares no tratamento da diabetes tipo 2. Deste modo, é necessário aumentar as competências e conhecimentos das pessoas, para que possam tomar decisões sobre a sua saúde.

Objetivo: Compreender quais as intervenções de enfermagem eficazes para a promoção da saúde e do autocuidado nos indivíduos em idade adulta com diabetes tipo 2. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura com recurso a bases de dados científicas eletrónicas, publicados entre 2015-2019. **Resultados:** Na pesquisa nas bases de dados Biblioteca Online do Conhecimento e PubMed, surgiram 274 artigos não duplicados dos quais 8 foram selecionados, com a aplicação dos critérios de inclusão e que cumpriam os critérios da *checklist de Joanna Briggs*. **Conclusões:** As estratégias de intervenção baseadas na educação para a saúde e na modificação do estilo de vida, revelaram ser fundamentais no controlo da diabetes tipo 2. **Descritores:** Type 2 diabetes mellitus; adults; literacy; Empowerment; self-care.

ANEXOS

Anexo I - Autorização do Coordenador da UCSP de Ansião

Exm. Sr. Coordenador da Unidade de Cuidados de
Saúde Personalizados de Ansião

Assunto: Pedido de Autorização

Eu, Marta Sofia Marques Brás, Enfermeira, no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Saúde de Portalegre, Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a realizar estágio curricular na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião, venho por este meio solicitar autorização para realizar dentro da mesma instituição o Projeto de Intervenção Comunitária subordinado ao tema “Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2”.

Este estágio já autorizado anteriormente prevê a realização de um projeto a desenvolver na UCSP, entre setembro de 2019 e janeiro de 2020.

O presente projeto tem como objetivo principal empoderar a pessoa adulta com DM2, inscrita na UCSP de Ansião na gestão da saúde e na prevenção do aparecimento de complicações tardias. E como objetivos específicos: Que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião demonstrem conhecimentos na dimensão da doença; que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, realizem a vigilância e controlo diário da Diabetes; que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, adquiram conhecimentos sobre o aparecimento de complicações tardias; que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, demonstrem conhecimentos sobre alimentação saudável; que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, pratiquem regularmente exercício físico e que as pessoas adultas com DM2, inscritas na UCSP de Ansião, adiram ao regime terapêutico.

Para a concretização dos objetivos enunciados, será necessário a passagem de três instrumentos, um questionário sociodemográfico, aplicação da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007) da escala "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000) e do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de "Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24) mediante autorização dos autores.

Este estudo será efetuado mediante a aceitação de participação por parte dos participantes, através do consentimento informado expresso num documento escrito e assinado pela população em estudo. Desde já estabeleço o compromisso de respeitar

o direito à livre escolha de participação, à confidencialidade, o direito à proteção de dados e a um tratamento justo e equitativo.

Conscientes da importância que tem o desenvolvimento deste projeto para os utentes e para o desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista, estou ao dispor para algum esclarecimento adicional que considere pertinente.

Atenciosamente, solicito deferimento,

Paeta Beais

Ansião, junho de 2019

Tôci
Conhecimento e
autoria a Essências
do Trabalho de Investigação Solicitado!

UCSP Ansião, 2019/7/10

pel' O Coordenador,

AL SIMÕES LOPES
Coordenador
UCSP Ansião



Anexo II - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Hausberg</i> <i>Rogério</i> Dr. João Barros, Dr. A. R. de Sousa, U.E. <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i> Dr. João Barros, Dr. A. R. de Sousa, U.E. <i>[Signature]</i> Dr. João Barros, Dr. A. R. de Sousa, U.E. <i>[Signature]</i> Dr. João Barros, Dr. A. R. de Sousa, U.E. <i>[Signature]</i> Dr. João Barros, Dr. A. R. de Sousa, U.E.
---	---

ASSUNTO: 90/2019 - Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2

Com a realização deste projeto tem-se como expectativas de resultado que os indivíduos adultos com Diabetes Mellitus tipo 2 da UCSPA, modifiquem o seu dia-a-dia, adquiram maior autonomia e sejam responsáveis pela sua saúde. Deste modo, os resultados deste estudo poderão configurar um contributo importante na prevenção das complicações tardias da DM2. É este resultado - que se espera traga melhoria a nível individual para alguns dos doentes - que justifica a realização do projeto que, no restante, não traz nada de novo, já que é um modelo replicado.

Coimbra, 06 de setembro de 2019

O relator

(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

Anexo III - Parecer da Comissão de Formação, Investigação e Desenvolvimento científico-tecnológico, serviços á comunidade e serviços sociais dos Instituto Politécnico de Portalegre



DELIBERAÇÃO - 2019 / 25

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: **APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE Mestrado de Enfermagem em Associação – ANO LETIVO 2019/2020 – 3ª EDIÇÃO**

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico

(Raul Alberto Carrilho Cordeiro, *Professor Adjunto*)

ESS.CON-TCI.7-Rev.2



Anexo IV – Autorização da autora dos Instrumentos de recolha de dados

Exma. Sr.ª Enfermeira Marta Brás
Curso de Mestrado
Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
Instituto Politécnico de Portalegre

Assunto: Autorização para utilização do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)

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

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização à Sr.ª enfermeira Marta Brás estudante de Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública no Instituto Politécnico de Portalegre, no âmbito do seu projeto “Viver com Diabetes tipo 2” a decorrer no Centro de Saúde de Ansião, Distrito de Leiria, para a utilização das versões em Português do questionário e escala acima referenciados. Mais informo que relativamente à escala de autocuidado com a diabetes deve usar as referências da 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.

Ao dispor,

Porto, 17 julho 2019

Fernanda Santos Bastos
Professora Adjunta

fernandabastos@esenf.pt

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

Anexo V - Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE DIABETES

Tradução para Português de “*Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)-24*”. – Tradução e adaptação para a Língua Portuguesa por Bastos, F., Lopes, C. (2004).

As questões seguintes referem-se ao conhecimento sobre a Diabetes.

As respostas às questões são de: Sim/ Não/ Não sei.

ITENS	QUESTÕES	SIM/NÃO /NÃO SEI
1	Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes?	
2	A causa comum da diabetes é a falta de insulina efetiva no corpo?	
3	Diabetes é causada pelo mau funcionamento dos rins que não conseguem manter o açúcar fora da urina ?	
4	Os rins produzem insulina?	
5	Na diabetes que não é tratada, a quantidade de açúcar no sangue normalmente sobe?	
6	Se sou diabético, os meus filhos irão apresentar um maior risco de serem diabéticos ?	
7	A diabetes pode ser curada?	
8	Um nível de açúcar de 210 na análise do sangue é muito elevado?	
9	A melhor forma de controlar a minha diabetes é fazer análises á urina?	
10	O exercício regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes ?	
11	Existem dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (dependente de insulina) e tipo 2 (não dependentes de insulina)?	
12	Uma reação excessiva da insulina após ingestão de muitos alimentos pode provocar baixa de açúcar no sangue ?	
13	A medicação é mais importante do que a dieta e o exercício para controlar a minha diabetes?	
14	A diabetes provoca, por vezes má circulação?	
15	Golpes e feridas demoram mais tempo a cicatrizar nos diabéticos?	
16	Os diabéticos devem ter um cuidado especial ao cortar as unhas dos dedos dos pés?	
17	Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com iodo e álcool?	
18	A forma como preparo a minha comida é tão importante como a comida que ingiro?	
19	A diabetes pode causar danos nos meus rins?	
20	A diabetes pode causar perda de sensibilidade nas mãos, dedos e pés?	
21	Tremer e suar são sinais de açúcar elevado no sangue?	
22	Urinar frequentemente e ter sede são sinais de açúcar baixo no sangue?	
23	Collants e meias elásticas apertadas não causam danos aos diabéticos?	
24	Uma dieta para a diabetes consiste, maioritariamente, em alimentos especiais?	

Anexo VI - Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes

ESCALA DE ATIVIDADE DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

Traduzida e adaptada para Português de *Summary of Diabetes Self-Care Activities*. De Glasgow R, Toobert D, Hampsons (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 lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

1. Alimentação Geral	Nº de dias								
1.1. Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7	
1.2. Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7	
1.3. Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. Alimentação Específica									
2.1. Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.2. Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhado à refeição do almoço e 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, 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 chocolate?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.7. Em quantos dos últimos sete dias adoçou as bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. Atividade física									
3.1. Em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante, pelo menos, 30 minutos?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3.2. Em quantos dos últimos sete dias praticou uma sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de	0	1	2	3	4	5	6	7	

bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?									
4. Monitorização da glicémia									
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 dos pés, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6. Medicamentos									
6.1. Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes OU (se insulina ou comprimidos)	0	1	2	3	4	5	6	7	
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	
7. Hábitos tabágicos									
7.1. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias?	Sim		Não						
7.2. Se sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia?	Número de cigarros: _____								
7.3. Quando fumou o seu último cigarro?									
<input type="checkbox"/>	Nunca fumou								
<input type="checkbox"/>	Há mais de dois anos atrás								
<input type="checkbox"/>	Um a dois anos atrás								
<input type="checkbox"/>	Quatro a doze meses atrás								
<input type="checkbox"/>	Um a três meses atrás								
<input type="checkbox"/>	No último mês								
<input type="checkbox"/>	Hoje								

Anexo VII - Meios de divulgação do projeto



Município de Ansião
@municipioansiao

Página inicial
Sobre
Fotos
Vídeos
Eventos
Publicações
Comunidade

[Criar uma Página](#)

Município de Ansião
26 de novembro às 11:22 · 🌐

Encontra-se a ser desenvolvido na USCP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, no âmbito de um mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, o Projeto de Intervenção Comunitária “Aprender a viver com Diabetes Mellitus Tipo 2”.

Esta sessão de formação destina-se especialmente à população em idade ativa diabética do concelho.

SESSÃO DE FORMAÇÃO
“VAMOS FALAR SOBRE A DIABETES?”

Dia : 29 de novembro de 2019 pelas 18h
Local : Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Ansião
Formadora : Enfª Marta Brás



Município de Ansião
@municipioansiao

Página inicial
Sobre
Fotos
Vídeos
Eventos
Publicações
Comunidade

[Criar uma Página](#)

Município de Ansião
5 de dezembro às 16:28 · 🌐

No âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Aprender a viver com Diabetes Mellitus Tipo 2”, a ser desenvolvido na UCSPA - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ansião, integrado num mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, vai realizar-se mais uma sessão de formação destinada especialmente à população em idade ativa diabética do concelho.

PROJETO “APRENDER A VIVER COM A DIABETES MELLITUS TIPO 2”
SESSÕES DE FORMAÇÃO

SOBRE ALIMENTAÇÃO NA DIABETES
“COMA BEM E VIVA MELHOR”

Dia: 10 de Dezembro pelas 18h
Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Ansião
Formadoras: Enfª Marta Brás
Drª. Armanda Marques (Nutricionista)

APRENDA A CUIDAR DA SUA SAÚDE!
PARTICIPE!