



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

”Risco de diabetes tipo 2 na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel”

Óscar Rafael Coutinho da Silva

Orientação: Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2013



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

”Risco de diabetes tipo 2 na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel”

Óscar Rafael Coutinho da Silva

Orientação: Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2013

“Se os teus projetos forem para um ano, semeia o grão.
Se forem para dez anos, planta uma árvore.
Se forem para cem anos, educa o povo”.

(Provérbio chinês)

Aos meus filhos Rafael e Martim,
Por tudo o que sempre nos unirá!

AGRADECIMENTOS

À orientadora deste Relatório de Estágio,
Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito,
pela sua disponibilidade, compreensão, apoio e motivação
durante a orientação deste Relatório.

À Sr.^a Enfermeira Chefe Cidália Palma,
minha tutora durante a implementação do projeto de intervenção comunitária,
pela sua capacidade de esclarecer, orientar e motivar.

À Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do
Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de
São Brás de Alportel,
por autorizarem e terem colaborado de forma tão ativa na implementação deste projeto.

A todos os beneficiários de RSI de São Brás de Alportel,
pela vontade e forma entusiasta como aderiram e enriqueceram as atividades propostas.

Em especial à minha companheira de todos os dias,
pelo seu estímulo, compreensão, atenção e apoio em mais esta jornada.

A todos o meu
muito obrigado!

RESUMO

Risco de Diabetes tipo 2 na população beneficiária de Rendimento Social de Inserção de São Brás de Alportel

Tema: A prevenção primária da diabetes tipo 2 deve incidir sobretudo na redução dos fatores de risco vulneráveis e conhecidos da etiologia da doença. **Objetivo:** Diminuir o risco de diabetes tipo 2 na população beneficiária de Rendimento Social de Inserção de São Brás de Alportel. **Metodologia:** Assente na metodologia do planeamento em saúde foi implementado um projeto de intervenção comunitária. **Resultados:** Das 114 pessoas observadas, 40 apresentam risco moderado ou superior de desenvolverem diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos; 30 têm antecedentes familiares de diabetes; 36 têm índice de massa corporal superior a 30 Kg/m²; 34 têm valores de pressão arterial classificada como pré-hipertensão; 54 apresentam colesterol elevado; apenas 18 comem vegetais e/ou fruta diariamente; só 37 praticam diariamente exercício físico durante pelo menos 30 minutos; 46 fumam diariamente e 20 consomem bebidas alcoólicas diariamente. **Considerações finais:** As estratégias assentaram na promoção de estilos de vida saudáveis, baseadas na educação para a saúde.

Palavras - chave: Diabetes tipo 2; promoção da saúde; educação para a saúde; estilos de vida.

ABSTRACT

Risks of Diabetes Type 2 in the population of São Brás de Alportel, currently receiving the Social Services Help

Theme and theoretical: The primary prevention of diabetes type 2, should be, most of all, focused on the reduction of the most known risks of the etiology of this disease.

Main Goal: Reduce the risks of diabetes type 2 on the population of São Brás de Alportel, currently receiving the Social Services Help (RSI). **Methodology:** Based on the methodology of health planning, was implemented a project in this community.

Results: from the 114 individuals observed, 40 of them presented a medium to high risk of develop diabetes type 2, between 2 to 10 years; 30 of them have family history of diabetes; 36 have IMC above 30 Kg/m²; 34 have blood pressure values classified as pre-hypertension; 54 have high cholesterol; only 18 eat vegetables and/or fruit on a daily basis; only 37 practice physical exercise daily minimum 30 minutes; 46 smoke daily and 20 consume alcohol daily. **Final Considerations:** The main plan was promoting healthy life styles based on health education.

Key-Words: Diabetes Type 2; health promotion; health education; life styles.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
- APA - American Psychological Association
- ARS - Administração Regional de Saúde
- CM - Câmara Municipal
- CS - Centro de Saúde
- CSP - Cuidados de Saúde Primários
- DGS - Direção Geral da Saúde
- ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- FPC - Fundação Portuguesa de Cardiologia
- IDF - Internacional Diabetes Federation
- IMC - Índice de Massa Corporal
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- MmHg - Milímetro de Mercúrio
- N.º - Número
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OND - Observatório Nacional da Diabetes
- PA - Pressão Arterial

Pág. - Página

PIB - Produto Interno Bruto

PND - Programa Nacional para a Diabetes

PNPCD - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS - Plano Nacional de Saúde

RAOND - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI - Rendimento Social de Inserção

s.d - Sem Data

SINUS - Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SS - Segurança Social

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

	Pág.
1 - INTRODUÇÃO	1
2 - ANÁLISE DO CONTEXTO	5
2.1 - CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	5
2.2 - CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	7
2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	9
3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO / UTENTES	17
3.1 - CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO / UTENTES	18
3.2 - CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO - ALVO	24
3.3 - ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO - ALVO	27
3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO - ALVO	29
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	31
4.1 - OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	31
4.2 - OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO - ALVO	32
5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	34
5.1 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	35
5.2 - METODOLOGIAS	56
5.3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	58
5.4 - RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	59
5.5 - CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	60
5.6 - ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	61

5.7 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	61
6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	62
6.1 - AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	62
6.2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	69
6.3 - DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	71
7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	73
8 - CONCLUSÃO.....	76
9 - BIBLIOGRAFIA	79
APÊNDICES	87
APÊNDICE I - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	88
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL	90
APÊNDICE III - FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES DO TIPO 2 (ADAPTADA DO PNPCD 2008).....	93
APÊNDICE IV - FICHA DE REFERENCIAÇÃO DE UTENTES COM CRITÉRIO (S) DE ENCAMINHAMENTO.....	95
APÊNDICE V - TABELA N.º 27 - DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS ABRANGIDAS POR GÉNERO E OS TRÊS VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA E DIASTÓLICA	97
APÊNDICE VI - TABELA N.º 28 - DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS ABRANGIDAS POR IDADE, GÉNERO E OS TRÊS VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA E DIASTÓLICA	100
APÊNDICE VII - FOLHETO COM RECEITAS	103
APÊNDICE VIII - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	105
APÊNDICE IX - PLANO DA SESSÃO - SENSIBILIZAR PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ECONÓMICA.....	107
APÊNDICE X - PLANO DA SESSÃO - SENSIBILIZAR PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIO/ATIVIDADE FÍSICA REGULAR	109
APÊNDICE XI - PLANO DA SESSÃO - SENSIBILIZAR PARA DESVANTAGENS DE CONSUMOS ADITIVOS DE TABACO E DE ÁLCOOL	111

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela n.º1 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade e género.....	18
Tabela n.º2 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade, género e estado civil	19
Tabela n.º3 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e nacionalidade.....	19
Tabela n.º4 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com a resposta à questão: Quem vive no seu agregado familiar?	20
Tabela n.º5 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com a resposta à questão: Número de pessoas que vivem no agregado familiar?	20
Tabela n.º6 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com a sua situação profissional atual, género e idade	21
Tabela n.º7 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com o género e resposta à questão: Há quanto tempo está desempregado (a)?	22
Tabela n.º8 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com o género e resposta à questão: Há quanto tempo é beneficiário (a) de RSI?	23
Tabela n.º9 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com género e habilitações literárias	23
Tabela n.º10 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com género, idade e resposta à questão: Atualmente fuma?	39
Tabela n.º11 - Distribuição das pessoas abrangidas e fumadoras de acordo com género e número de cigarros por dia	39
Tabela n.º12 - Distribuição das pessoas abrangidas e não fumadoras de acordo com o género	40
Tabela n.º13 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com género, idade e consumo de bebidas alcoólicas	41
Tabela n.º14 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com género e altura do dia em que consomem bebidas alcoólicas.....	42
Tabela n.º15 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e passado anterior relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas	42
Tabela n.º16 - Classificação da Pressão Arterial (PA) em mmHg	43

Tabela n.º17 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e valores de glicemia capilar em jejum (20 - 500mg/dl)	43
Tabela n.º18 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e valores de colesterol (150 - 500mg/dl)	44
Tabela n.º19 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos.....	45
Tabela n.º20 - Distribuição das pessoas abrangidas por índice de massa corporal, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos.....	46
Tabela n.º21 - Distribuição das pessoas abrangidas por prática de exercício físico, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos	47
Tabela n.º22 - Distribuição das pessoas abrangidas por consumo de vegetais e/ou fruta, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos	48
Tabela n.º23 - Distribuição das pessoas abrangidas por medicação para a hipertensão arterial, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos	48
Tabela n.º24 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade, género e valor de hemoglobina glicada A1c (%)	49
Tabela n.º25 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e antecedentes familiares com diagnóstico de diabetes do tipo 1 ou do tipo 2	50
Tabela n.º26 - Proposta de Orçamento.....	61
Tabela n.º 27- Distribuição das pessoas abrangidas por género e os três valores de pressão arterial sistólica e diastólica	98
Tabela n.º28 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade, género e os três valores de pressão arterial sistólica e diastólica	100

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura n.º1 - Mapa do Concelho de São Brás de Alportel	6

1 - INTRODUÇÃO

A saúde, a autonomia funcional e a independência económica, são fundamentais para o bem-estar dos indivíduos, famílias, comunidades e da sociedade em geral, mas constituem também um desafio crescente à responsabilidade individual e coletiva, refletindo o nível de desenvolvimento sócio-económico de um país.

A Diabetes é uma doença crónica caracterizada por um aumento anormal do nível de açúcar no sangue, o qual com o passar do tempo promove o aparecimento de complicações de saúde nos indivíduos com esta patologia.

Segundo a quinta edição atualizada do atlas da *Internacional Diabetes Federation* (IDF, 2012), a diabetes tipo 2, é uma doença que está a atingir rapidamente um grande número de pessoas em todo o mundo, tornando-se num dos principais problemas de saúde pública mundial.

A gravidade desta doença é bem patente quer pelo número de indivíduos afetados, quer pelos valores de mortalidade e de morbilidade associados, os quais merecem a reflexão quer da população, quer dos profissionais de saúde e dos decisores políticos, especialmente porque os estudos sobre esta problemática permitem identificar o envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis, nomeadamente o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas, como algumas das principais razões que concorrem para o aparecimento de doenças crónicas como é a diabetes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), refere que os indivíduos que vivem em situação social ou economicamente mais desfavorecida têm uma maior probabilidade de virem a apresentar doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente do aparelho circulatório, a obesidade ou a diabetes tipo 2.

A Direção Geral da Saúde (DGS) no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD, 2008), identifica uma necessidade de inverter a tendência de

crescimento da diabetes e das suas complicações em Portugal, e também uma necessidade de aumentar os ganhos de saúde entretanto obtidos. De acordo com estas necessidades identificadas, foram revistas as estratégias nacionais, tendo surgido então uma nova versão do PNPCD.

As estratégias referidas

“(…) assentam na prevenção primária da diabetes, através da redução dos fatores de risco conhecidos, incidindo, sobretudo, nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado de acordo com o princípio da equidade, prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com diabetes.” (PNPCD, 2008, p. 6).

Neste contexto foi implementado um projeto de intervenção comunitária junto das pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção (RSI), que resultou de uma necessidade identificada, que foi a de trabalhar junto destas, saber o seu estado de saúde atual no que à diabetes do tipo 2 respeita, compreender quais são as áreas mais problemáticas para esta população, e trabalhar com elas no sentido de desenvolver algumas atividades e intervenções prioritárias, no âmbito da promoção da saúde e de estilos de vida mais saudáveis, para uma melhor qualidade de vida.

Partindo do programa anteriormente citado, pretendeu-se atuar em duas vertentes, uma ao nível da sensibilização e realização de rastreios para avaliação de risco de diabetes do tipo 2, e uma outra ao nível da prevenção das complicações tardias da doença, promovendo a educação terapêutica com sessões de educação para a saúde, e encaminhando os utentes identificados / referenciados para a prática de exercício físico controlado, com vista à prevenção das complicações tardias da diabetes.

Assim, na elaboração e posterior apreciação deste projeto, foi tido em conta que ele é muito limitado no tempo, deve ser flexível e deve evoluir consoante as situações com as quais se vai deparando.

O presente trabalho pretende ser também um contributo para uma reflexão ponderada sobre as temáticas abordadas, nomeadamente a diabetes do tipo 2 e as dificuldades económicas que muitos residentes em Portugal têm sentido no seu dia-a-dia, para que de

forma mais abrangente se possam abrir novos processos e novas estratégias de intervenção com benefícios para as pessoas desta população alvo, se possa aprofundar a análise de situações de saúde / doença no contexto da enfermagem comunitária, contribuindo para identificar melhor as necessidades de saúde das comunidades, para que mais adequadamente se possam vir a planear e a desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária, avaliando, refletindo e criticando os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Desta forma foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- ✓ Diminuir o risco de diabetes do tipo 2, na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel.

Objetivos específicos:

- ✓ Avaliar o risco de vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos;
- ✓ Implementar ações de sensibilização sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente:
 - ✓ Alimentação saudável e económica;
 - ✓ Prática de exercício/atividade física regular;
 - ✓ Consumos aditivos de tabaco e de álcool - desvantagens.

O documento agora apresentado está organizado em oito partes, de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora (ordem de serviço nº 18/2010), tendo sido ainda utilizado o manual de normas *American Psychological Association* (APA, 2010).

Na primeira parte é feita uma breve introdução à temática e justificação da pertinência da mesma. De seguida é apresentada uma análise de contexto, caracterizando o ambiente em que decorreu o estágio final, os recursos materiais e humanos existentes e

onde se apresenta uma descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.

Na terceira parte é feita uma análise da população alvo/utentes, apresentando-se uma caracterização geral da mesma, os cuidados e necessidades específicas, estudos sobre programas de intervenção e recrutamento da população - alvo. De seguida é apresentada uma análise reflexiva sobre os objetivos da intervenção profissional e a atingir com a população - alvo.

Na quinta parte procede-se a uma análise reflexiva sobre as intervenções, com uma fundamentação para as mesmas, as metodologias utilizadas, uma análise reflexiva sobre as estratégias acionadas, os recursos materiais e humanos envolvidos, os contactos desenvolvidos e as entidades envolvidas, uma análise da estratégia orçamental bem como o cumprimento do cronograma estabelecido.

De seguida apresenta-se uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, fazendo uma avaliação dos objetivos e da implementação do programa, assim como uma descrição dos momentos de avaliação intermédia e das medidas corretivas introduzidas.

Da sétima parte consta uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas. Termina-se este relatório salientando algumas aprendizagens e dificuldades sentidas, bem como as principais conclusões.

2 - ANÁLISE DO CONTEXTO

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012b) o Algarve é a região mais a sul de Portugal Continental, com uma área que abrange 4997 Km² (5,4%) de Portugal e com uma população de cerca de 451006 habitantes (INE, 2012a), distribuída por dezasseis municípios. Esta região é delimitada a norte pela região do Alentejo, a leste pelo rio Guadiana que estabelece também a fronteira com Espanha, a Sul e a Oeste pelo Oceano Atlântico.

O turismo é a principal atividade económica da região muito graças ao seu clima temperado mediterrânico, muito apelativo pelas suas condições climáticas que proporcionam verões quentes e longos e invernos curtos e amenos, o que significa na realidade poucos dias de precipitação e muitas horas de sol por ano.

Em termos económicos destacam-se a agricultura com a produção de citrinos e de cortiça, assim como de frutos secos, e a pesca, outra atividade económica com importância na região, embora esteja gradualmente a perder a sua importância por força do encerramento de algumas indústrias ligadas à atividade piscatória.

A região algarvia é conhecida e procurada por muitos pelo seu clima, mas também pela sua gastronomia local, a qual pode ir ao limite da imaginação e da recriação, pois ao percorrer esta região é possível encontrar uma grande variedade de ingredientes vindos do mar que proporcionam sabores frescos e produtos agrícolas com aromas agradáveis.

2.1 - CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

São Brás de Alportel é um dos dezasseis municípios que fazem parte da Região do Algarve, e um dos cinco em Portugal com apenas uma freguesia. É uma vila com cerca

de 150,05 Km² de área, limitada a norte e a leste pelo município de Tavira, a sudoeste por Olhão, a Sul por Faro e a oeste por Loulé.

Existem alguns documentos que identificam a freguesia de São Brás de Alportel relacionada com o povoado muçulmano, sendo referida como Šanbraš (Xanbrache). Data de 1518, a primeira referência a Alportel. Nessa altura D. Jorge, filho ilegítimo do rei D. João II era o Grão-Mestre da Ordem de Santiago.

São Brás era uma Ermida anexa à Igreja de Santa Maria de Faro, a qual só veio a ser considerada freguesia em 1591 quando o Bispo D. Francisco Cano indicou a colocação de um sacrário na Igreja de São Brás, que na altura era o elemento indispensável para que a Ermida pudesse ser considerada igreja matriz.

Sobre a história contemporânea é possível apurar que em 1912 é apresentado ao Congresso um projeto de Lei que pretendia a criação do concelho de Alportel, sendo esta proposta feita pelo deputado Machado Santos muito amigo de João Rosa Beatriz, residente em São Brás e que viria mais tarde a ser o primeiro administrador do concelho. O projeto para passagem a concelho era apoiado no facto de que na altura este lugar era a freguesia mais rural e a mais populosa do concelho de Faro, sendo também em termos comerciais, o maior produtor de cortiça do país uma vez que tinha na sua área as maiores plantações de sobreiros, facto que lhe proporcionava ser um importante centro económico.

A 1 de Junho de 1914 a freguesia de São Brás é então elevada a município com a publicação em Diário do Governo, ficando com o nome de Alportel. O atual nome de São Brás de Alportel resulta do facto de na altura o município ser Alportel, mas o lugar ser São Brás (Câmara Municipal de São Brás de Alportel, 2012).

Figura n.º1 - Mapa do Concelho de São Brás de Alportel



Fonte: Carta Educativa de São Brás de Alportel (2006)

Atualmente tem cerca de 10662 habitantes (INE, 2012a), dispersos por cerca de 40 sítios do seu território. A população inscrita no centro de saúde de São Brás é de 11116 utentes, sendo que 1867 têm menos de 18 anos (Fonte: SINUS, Junho 2011).

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Al-Portellus, inicialmente Olhar⁺ foi constituída como uma unidade funcional integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) I Central, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, com uma área de abrangência que incluía o Centro de Saúde (CS) de Olhão e de São Brás de Alportel, tendo entrado em funcionamento no dia 19 de Julho de 2010.

Esta unidade prestadora de cuidados de saúde surge no âmbito da reorganização dos cuidados de saúde primários em Portugal, como uma unidade funcional que atua com e para a comunidade da sua área de abrangência geográfica. A sua organização e funcionamento estão regulamentados pelo despacho 10143/2009 de 16 de Abril (2009).

2.2 - CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

O CS de São Brás de Alportel é constituído por duas unidades funcionais. A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de São Brás de Alportel, que funciona nas instalações do rés-do-chão do edifício sede, dispendo de uma equipa multidisciplinar com médicos de medicina geral e familiar, enfermeiras de cuidados gerais, assistentes operacionais e assistentes administrativos.

A UCC Al-Portellus está instalada no primeiro andar do mesmo edifício do CS e é constituída por uma equipa multiprofissional, composta por assistentes operacionais, assistentes técnicos, enfermeiros, médico, fisioterapeutas, higienista oral, nutricionista, psicólogas, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e técnicos superiores de serviço social, em que todos os profissionais trabalham em estreita articulação com as restantes unidades funcionais e tem ainda a responsabilidade de participar na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com a constituição das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A coordenação desta UCC é da responsabilidade da Sr.^a Enfermeira Chefe e Especialista em Saúde Comunitária.

Esta UCC apresenta no seu plano de ação 2010-2012 como principal objetivo ir de encontro às necessidades da comunidade em que está inserida, dando-lhe respostas efetivas e concretas. Para isso propõem-se trabalhar em articulação com as outras unidades funcionais e em parceria com as estruturas comunitárias de forma a rentabilizar os recursos, reconhecendo contudo algumas lacunas como a inexistência de diagnósticos concretos de saúde das comunidades alvo, mas salientando também algumas vantagens como sendo o contacto diário com a população da sua abrangência.

No seu compromisso assistencial a UCC assume um horário de atendimento nos dias úteis das 08.00h às 20.00h, em que só existe prestação de serviços das 17.00h às 20.00h pela ECCI. Todo o atendimento realizado além do anteriormente referido é considerado atividade adicional. Todos os utentes inscritos ou residentes na sua área de influência têm o acesso garantido a esta UCC.

A UCC Al-Portellus inclui na sua carteira básica, programas e projetos que foram delineados tendo em atenção alguns já existentes e que se justificam continuar, mas também outros que foram pensados para dar resposta à legislação em vigor sobre a sua carteira básica de serviços.

Atualmente os projetos em curso são de intervenção na área da saúde materno-infantil e do adolescente, de participação e operacionalização de programas no âmbito da promoção, prevenção e proteção da saúde na comunidade, de dinamização de projetos de intervenção com utentes/famílias no âmbito da RNCCI, de articulação com outras unidades funcionais de saúde e de protocolos e parcerias com entidades comunitárias.

Existe neste momento uma parceria com a CM de São Brás de Alportel, que visa a possibilidade de colocar no terreno uma Unidade Móvel, carrinha esta que leva várias vezes por semana um enfermeiro e/ou outros técnicos de saúde da UCC a percorrerem diversos locais ou montes mais afastados do centro da vila, possibilitando desta forma uma aproximação dos cuidados de saúde às populações que vivem na zona mais serrana do interior do concelho.

2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O aumento da esperança média de vida e a alteração nos padrões de vida das pessoas têm como consequência direta o surgimento cada vez mais precoce de algumas doenças crónicas, nomeadamente a obesidade e a diabetes do tipo 2, facto que leva naturalmente a que durante mais anos as pessoas sejam portadoras das mesmas, nomeadamente da diabetes do tipo 2, manifestando ao longo da vida as várias complicações decorrentes da evolução da doença no tempo.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem um papel de enorme importância nos cuidados às pessoas com doenças crónicas, nos novos problemas que daí advêm, os quais obrigam a uma procura incessante de respostas adequadas para estas novas necessidades. São os serviços de saúde mais próximos das populações e têm por isso uma importante função de promoção e proteção da saúde e de prevenção da doença.

A gestão do risco de vir a desenvolver diabetes ao longo da vida é uma responsabilidade prioritariamente individual, mas que responsabiliza também os CSP e os seus profissionais de saúde, chamando-os a assumir também um papel importante quer numa melhor articulação/referenciação com os cuidados diferenciados, quer na própria corresponsabilização dos indivíduos no seu processo saúde/doença.

De acordo com o Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011), sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro com esta especialidade ao desenvolver uma prática globalizante e centrada na comunidade, tem vindo a adquirir um papel cada vez mais importante na promoção da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

A riqueza das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública permitem-lhe intervir “(...) em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais.” Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011, p.8667).

A grande mais-valia do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública advém desta possibilidade de intervenção em contextos tão distintos, associada a uma multiplicidade de atividades possíveis de realizar como a

“(…) educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabilizar-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.” Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011, p.8667).

Com este Projeto de Intervenção Comunitária foram mobilizadas algumas das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente:

- Estabelece a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde.

Para desenvolver esta competência é necessário respeitar alguns critérios e unidades de competência como:

- ✓ Elaborar o diagnóstico de saúde de uma comunidade.

Os determinantes da saúde e as variáveis socioeconómicas e ambientais foram tidos em conta no diagnóstico de saúde da comunidade. A relevância da atenção dada aos determinantes da saúde e às variáveis socioeconómicas e ambientais permitiu que fossem identificados os problemas e as necessidades de saúde da população alvo, revelando uma rede de causalidade dos problemas de saúde.

- ✓ Estabelecer as prioridades em saúde.

Em resultado do diagnóstico de saúde, foi possível utilizar dados do perfil de saúde e critérios objetivos para definir as principais prioridades em saúde, integrando e

utilizando as orientações e estratégias definidas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 e pelo PNPCD 2008-2017.

As doenças do metabolismo, nomeadamente a diabetes, são um problema de saúde pública pela elevada incidência e prevalência que apresenta, existindo um grande aumento da sua prevalência na população, a sua frequência aumenta muito com a idade, atingindo tanto os homens como as mulheres, e está identificada como sendo uma das causas de morte que registou um maior acréscimo na última década (DGS, s.d).

Através da identificação de prioridades, do desenvolvimento de planos e programas e da criação de normas, é criado um contexto de gestão mais racional para cada doença. O aumento de doenças crónicas potencialmente incapacitantes e do número de doentes portadores dessas doenças estão a contrariar o elevado potencial de saúde da vida adulta. O desenvolvimento de programas de gestão da doença leva a uma abordagem mais sistematizada da prevenção da mesma (PNS, 2004).

Depois de estabelecer as prioridades em saúde da população alvo é possível então:

- ✓ Formular objetivos e estratégias relativamente à prioridade dada às necessidades em saúde estabelecidas.

Para Barbier (1993), o termo projeto surge como designação possível de um conceito que procura unificar vários aspetos importantes do processo de aprendizagem, a acção realizada com empenho pessoal, a intencionalidade dessa acção e a sua inserção num contexto social.

Um projeto é uma atividade intencional que pressupondo objetivos específicos, formulados pelos executantes e a organização de diversas atividades a realizar, devem permitir alcançar os objetivos gerais.

Neste ponto foi possível conceber estratégias de intervenção coerentes, exequíveis e articuladas de forma a responder adequadamente aos objetivos definidos, promovendo a participação de diversos intervenientes. Este tipo de estratégias visa desenvolver com eficiência, de forma participada e informada as intervenções identificadas como necessárias para melhorar o estado de saúde da população alvo.

A mudança deve estar centrada no cidadão, aumentando as suas opções de escolha, multiplicando os mecanismos de participação de cada cidadão no sector da saúde, transmitindo-lhe conhecimentos atualizados sobre as suas opções mais relevantes, aumentando desta forma o compromisso de cada um individualmente no seu processo de saúde/doença.

Para elaborar as estratégias foi importante ter em atenção quer os aspetos socioculturais da população alvo escolhida, quer os recursos disponíveis na altura da sua elaboração.

Em continuidade com o anteriormente referido, estava em condições de:

- ✓ Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Na fase de implementação uma das estratégias mais importantes para a mudança centrada no cidadão é a promoção de comportamentos saudáveis. É por aqui que se devem começar a combater as principais causas das doenças relacionadas com os estilos de vida, como o consumo de álcool e de tabaco, os hábitos alimentares menos saudáveis que levam a um excesso de peso e consequente obesidade, uma insuficiente atividade física, uma inadequada gestão do ‘*stress*’ diário, o consumo de drogas, assim como os já referidos anteriormente fatores de natureza socioeconómica, muitas vezes geradores de fenómenos de violência e de exclusão social. Outra estratégia referida para esta mudança centrada no cidadão é a criação de um contexto ambiental conducente à saúde.

É necessário neste caso a implementação de estratégias que promovam uma redução das desigualdades em saúde e da diminuição do peso das doenças associadas à pobreza e à exclusão social.

Uma das estratégias de intervenção foi seguir uma abordagem programática tendo em atenção as orientações estratégicas da saúde presentes nos atuais planos, programas e projetos de intervenção para as problemáticas comuns, como é o exemplo dos estilos de vida pouco saudáveis associados às doenças cardiovasculares, à diabetes ou à obesidade.

Foi possível planear e implementar intervenções de acordo com os problemas de saúde identificados, otimizando recursos de acordo com as diferentes atividades programadas para este projeto.

Os responsáveis políticos e organizacionais foram chamados a contribuir no planeamento e implementação das atividades, o que sendo uma oportunidade de disponibilizar informação científica atualizada aos diferentes atores, permitindo-lhes efetuar escolhas e tomar decisões mais informadas com vista a uma superior eficácia das intervenções, foi também oportunidade de promover o trabalho em parceria e em rede e de proporcionar o desenvolvimento de algumas habilidades nos processos de negociação.

Finalmente foi necessário:

- ✓ Avaliar os programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

A realização deste projeto de intervenção comunitária permitiu criar e desenvolver formas de monitorizar a eficácia do projeto de intervenção. Foi possível reformular alguns objetivos e estratégias com base no resultado das conclusões sobre os dados recolhidos, atualizar o perfil de saúde da população alvo e sistematizar alguns indicadores pertinentes para a tomada de decisões futuras pelos responsáveis políticos.

Outra Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é:

- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Alguns critérios e unidades de competência foram observados para que fosse possível a execução deste projeto de promoção e capacitação do grupo e da comunidade alvo, nomeadamente:

- ✓ Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.

Este projeto foi dirigido a um grupo com grande vulnerabilidade e foi possível fazê-lo em parceria com outras instituições da comunidade, com a rede social e de saúde.

Depois de feita pesquisa e diagnosticados alguns problemas e fatores de risco da população alvo, foram mobilizados alguns parceiros da comunidade no sentido de identificarem também e ajudarem na resolução desses problemas.

O projeto e as intervenções tiveram em conta desde a sua fase de conceção, planeamento e de implementação as necessidades específicas e as especificidades culturais da população alvo, visto que a intervenção neste grupo mais vulnerável teve também como finalidade assegurar o acesso dos indivíduos a cuidados de saúde mais eficazes e ajustados às suas necessidades.

- ✓ Integrar nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.

Ao longo de todas as fases do projeto é muito importante que se possa entrecruzar o conhecimento de várias disciplinas. Este conhecimento quanto mais rico e abrangente mais facilita a ação do enfermeiro junto da população alvo e contribui para o atingir dos objetivos traduzidos em ganhos em saúde, orientados para a promoção da saúde e para a prevenção da doença.

Durante este projeto foi possível conceber, participar, coordenar, planear, dinamizar e avaliar intervenções no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde num contexto diferente.

A disciplina de enfermagem tem vindo a registar ao longo dos tempos e principalmente nos últimos anos, uma evolução significativa ao nível do conhecimento científico e da formação, mas também ao nível tecnológico e ao nível da filosofia dos cuidados resultante de mudanças socioculturais, políticas, económicas, demográficas e epidemiológicas da sociedade moderna.

No presente colocam-se aos enfermeiros em Portugal, desafios como noutros países do mundo, os quais têm sobretudo a ver com a complexidade das novas situações de saúde e de doença, as quais exigem uma abordagem interdisciplinar, o que promove um verdadeiro trabalho de equipa.

Como disciplina do conhecimento, a enfermagem tende a encontrar respostas, as mais humanas possíveis para os problemas de saúde assim como para as alterações enfrentadas pelos indivíduos, famílias e comunidades, ao longo dos seus ciclos de vida.

Outra Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolvida, diz respeito a:

- Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Foi considerado o PNS 2004 - 2010, as suas principais orientações estratégicas e as intervenções necessárias de desenvolver. Foi dada especial atenção a um dos programas nacionais, o PNPCD 2008-2017, visto que a diabetes é uma doença que cada vez mais ganha grandes proporções na nossa sociedade e sobre a qual pretendo investir no futuro.

Ao longo do tempo em que decorreu o projeto foi ainda possível observar mais uma unidade de Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

- ✓ Participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Como referido anteriormente a implementação do projeto foi feita de acordo com as principais orientações estratégicas do PNS 2004 - 2010, e de acordo com o PNPCD 2008-2017 e as suas orientações e estratégias que assentam principalmente

“1. Prevenção primária, através do combate aos fatores de risco conhecidos, incidindo, sobretudo, nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da diabetes. 2. Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade. 3. Prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social das pessoas com diabetes. 4. Promoção da qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com diabetes.” PNPCD (2008, p. 10).

Este programa surgiu como uma área prioritária de intervenção na saúde em Portugal, com um objetivo prioritário de conhecer a realidade portuguesa, seja relativamente aos dados da prevalência da diabetes seja das suas complicações, mas também com a pretensão de contrariar a tendência de crescimento da prevalência da doença, prevenindo ou retardando o início das suas complicações e reduzindo a sua incidência, o que em termos de ganhos em saúde se traduz numa redução da mortalidade e da morbilidade desta doença.

Entende-se ter sido possível integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e participar na consecução dos objetivos do PNS 2004-2010, através da conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção desenvolvido, cuja problemática está presente no Programa Nacional para a Diabetes (PND).

Identificaram-se e monitorizaram-se os resultados obtidos com a implementação das atividades planeadas, e foi analisado o seu impacto na comunidade de forma a maximizar a obtenção de ganhos em saúde dos indivíduos em particular e da comunidade no seu todo.

3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO / UTENTES

Na Declaração de Alma-Ata (1978), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde foi considerada como um direito humano fundamental no qual atingir o mais alto nível de saúde em todas as nações corresponderia à mais importante meta social a nível mundial, sendo necessária uma ação conjunta de sectores para além do da saúde, como é o caso do social e do económico.

O RSI é uma prestação da Segurança Social (SS), enquadrada no subsistema de solidariedade no âmbito do Sistema de Proteção Social de Cidadania, e pretende ser um mecanismo de combate à pobreza possibilitando a obtenção de apoios adaptados a indivíduos e seus agregados familiares de acordo com a sua situação, de modo a facilitar a satisfação das suas necessidades básicas e a promover progressivamente a inserção laboral, social e comunitária destas pessoas (SS, 2013).

Dados divulgados pelo INE (2013), sobre o Rendimento e Condições de Vida, refletem que a taxa do risco de pobreza em Portugal em 2011 foi de 17,9%, quando em 2010 tinha sido de 18% e em 2009 também de 17,9%. Verifica-se ainda que 25,3% da população estava em risco de pobreza ou exclusão social, quando no ano anterior era cerca de 24,4%.

Por algumas das razões anteriormente referidas, a população alvo definida para o projeto foram todas as pessoas beneficiárias de RSI em São Brás de Alportel, com idade superior a dezoito anos, sem diagnóstico anterior de diabetes e na situação de desemprego ou com ocupação a tempo parcial, isto para não causar qualquer tipo de constrangimento com as suas entidades empregadoras, do que resultou um total de 114 indivíduos.

Foram excluídos deste projeto todos os beneficiários de RSI com menos de dezoito anos uma vez que estão em idade escolar, e todas as mulheres grávidas uma vez que seguem

as suas gravidezes com os seus médicos assistentes, cumprindo com os meios complementares de diagnóstico recomendados para a sua condição de grávida.

3.1 - CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO / UTENTES

Na salvaguarda do interesse de todos os beneficiários de RSI que participaram/beneficiaram desta oportunidade de intervenção, foi criado um documento designado por “Declaração de Consentimento Informado” (APÊNDICE I), o qual respeitando o direito à autodeterminação, o consentimento livre esclarecido e informado, bem como o direito ao anonimato e à confidencialidade, serviu também como instrumento de apresentação e esclarecimento sobre o projeto e seus objetivos principais.

Para a recolha de dados foi elaborado um segundo documento, designado por “Questionário Individual” (APÊNDICE II).

Para uma análise que permitisse realçar alguns resultados do conjunto de todos os dados recolhidos, recorreu-se ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) na sua versão 17.0.

Pela análise dos dados, relativamente ao género observa-se que existem 60 mulheres (52,63%), tendo 42 (36,84%) idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos e 54 homens (47,37%), em que 25 (21,93%) têm idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos (tabela n.º 1).

Tabela n.º1 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade e género

Idade em anos	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Menos 20	1	0,88	7	6,14	8	7,02
20 - 29	9	7,89	7	6,14	16	14,04
30 - 39	25	21,93	7	6,14	32	28,07
40 - 49	17	14,91	18	15,79	35	30,70
50 - 59	6	5,26	8	7,02	14	12,28
60 ou mais	2	1,75	7	6,14	9	7,89
Total	60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Analisando o estado civil, concluiu-se que 51 indivíduos (44,74%) são casados, 40 indivíduos (35,09%) são solteiros, 21 (18,42%) são divorciados e destas 21 pessoas divorciadas 14 (12,28%) são mulheres, das quais 10 têm idades entre os 30 e os 49 anos. Apenas 2 pessoas são viúvas (1,75%) e as 2 do género feminino (tabela n.º2).

Tabela n.º2 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade, género e estado civil

Idade em anos	Género	Estado civil								Total	
		Casado		Divorciado		Solteiro		Viúvo		N.º	%
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
Menos 20	Feminino		0,00		0,00	1	0,88		0,00	1	0,88
	Masculino		0,00		0,00	7	6,14		0,00	7	6,14
	Total		0,00		0,00	8	7,02		0,00	8	7,02
20 - 29	Feminino	3	2,63		0,00	6	5,26		0,00	9	7,89
	Masculino	3	2,63		0,00	4	3,51		0,00	7	6,14
	Total	6	5,26		0,00	10	8,77		0,00	16	14,04
30 - 39	Feminino	15	13,16	5	4,39	4	3,51	1	0,88	25	21,93
	Masculino	5	4,39	1	0,88	1	0,88	0	0,00	7	6,14
	Total	20	17,54	6	5,26	5	4,39	1	0,88	32	28,07
40 - 49	Feminino	6	5,26	5	4,39	5	4,39	1	0,88	17	14,91
	Masculino	10	8,77	2	1,75	6	5,26	0	0,00	18	15,79
	Total	16	14,04	7	6,14	11	9,65	1	0,88	35	30,70
50 - 59	Feminino	3	2,63	3	2,63	0	0,00		0,00	6	5,26
	Masculino	2	1,75	2	1,75	4	3,51		0,00	8	7,02
	Total	5	4,39	5	4,39	4	3,51		0,00	14	12,28
60 ou mais	Feminino	1	0,88	1	0,88	0	0,00		0,00	2	1,75
	Masculino	3	2,63	2	1,75	2	1,75		0,00	7	6,14
	Total	4	3,51	3	2,63	2	1,75		0,00	9	7,89
Total		51	44,74	21	18,42	40	35,09	2	1,75	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Das 114 pessoas que constituíram a população alvo, 105 (92,11%) são de nacionalidade Portuguesas e 9 (7,89%) são de nacionalidade estrangeira, 4 mulheres e 5 homens (tabela n.º3).

Tabela n.º3 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e nacionalidade

Género	Nacionalidade				Total	
	Estrangeira		Portuguesa		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Feminino	5	4,39	55	48,25	60	52,63
Masculino	4	3,51	50	43,86	54	47,37
Total	9	7,89	105	92,11	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Relativamente aos agregados familiares desta população, foi possível concluir que 16 pessoas (14,04%) vivem sozinhas, 56 indivíduos (49,12%) vivem numa família nuclear, 22 utentes (19,30%) vivem numa família monoparental, 15 (13,16%) fazem parte de uma família alargada, 4 pessoas (3,51%) vivem com outras pessoas não familiares e apenas 1 indivíduo (0,88%) vive com familiares e com outros indivíduos não familiares (tabela n.º4).

Tabela n.º4 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com a resposta à questão:

Quem vive no seu agregado familiar?		
Quem vive no seu agregado familiar?	N.º	%
Vive só	16	14,04
Nuclear	56	49,12
Monoparental	22	19,30
Alargada	15	13,16
Com outros não familiares	4	3,51
Com familiares e com outros não familiares	1	,88
Total	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Agrupando por número de residentes no agregado, 50 pessoas fazem parte de um agregado constituído entre 1 e 3 elementos (43,86%), 61 pessoas fazem parte de um agregado constituído entre 4 e 6 elementos (53,51%) e 3 pessoas vivem com mais de 6 pessoas (2,63%) (tabela n.º5).

Tabela n.º5 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com a resposta à questão:

Número de pessoas que vivem no agregado familiar?		
Número de pessoas que vivem no agregado familiar?	N.º	%
De 1 a 3	50	43,86
De 4 a 6	61	53,51
Mais de 6	3	2,63
Total	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

A análise da situação profissional revelou que cerca de 97 pessoas (85,09%) estão em situação de desemprego, das quais 60 (52,63%) têm entre 30 e 49 anos, existindo 29 pessoas (25,44%) entre os 30 e os 39 anos e 31 pessoas (27,19%) entre os 40 e os 49 anos. Verifica-se também que 8 pessoas (7,02%) referem estar a estudar, das quais 6 têm menos de 20 anos. As outras 9 pessoas (7,89%) revelam estar a trabalhar a tempo parcial.

Analisando por género, é o feminino o que apresenta mais elementos desempregados com 53 mulheres (46,49%) desta população, apresentando o género masculino cerca de 44 beneficiários (38,60%) do total da população alvo (tabela n.º6).

Tabela n.º6 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com a sua situação profissional atual, género e idade

Idade em anos	Género	Situação profissional atual						Total	
		Empregado (a) a tempo parcial		Desempregado (a)		Estudante			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Menos 20	Feminino	0	0,00	0	0,00	1	0,88	1	0,88
	Masculino	1	0,88	1	0,88	5	4,39	7	6,14
	Total	1	0,88	1	0,88	6	5,26	8	7,02
20 - 29	Feminino	1	0,88	6	5,26	2	1,75	9	7,89
	Masculino	0	0,00	7	6,14	0	0,00	7	6,14
	Total	1	0,88	13	11,40	2	1,75	16	14,04
30 - 39	Feminino	1	0,88	24	21,05		0,00	25	21,93
	Masculino	2	1,75	5	4,39		0,00	7	6,14
	Total	3	2,63	29	25,44		0,00	32	28,07
40 - 49	Feminino	2	1,75	15	13,16		0,00	17	14,91
	Masculino	2	1,75	16	14,04		0,00	18	15,79
	Total	4	3,50	31	27,19		0,00	35	30,70
50 - 59	Feminino		0,00	6	5,26		0,00	6	5,26
	Masculino		0,00	8	7,02		0,00	8	7,02
	Total		0,00	14	12,28		0,00	14	12,28
60 ou mais	Feminino		0,00	2	1,75		0,00	2	1,75
	Masculino		0,00	7	6,14		0,00	7	6,14
	Total		0,00	9	7,89		0,00	9	7,89
Total		9	7,89	97	85,09	8	7,02	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

O tempo de desemprego é outra variável verificada e do total das 97 pessoas desempregadas, 10 (10,31%) estão nesta situação há menos de 1 ano, 15 pessoas (15,46%) estão desempregadas entre 1 e 2 anos, cerca de 18 pessoas (18,56%) estão desempregadas entre 2 e 3 anos, 25 (25,77%) estão nesta situação há mais de 3 anos e 29 beneficiários (29,90%) dizem não saber há quanto tempo estão desempregadas.

É importante referir que respeitando o direito à autodeterminação, o direito ao anonimato e à confidencialidade, estas respostas não foram objeto de cruzamento ou confirmação com os dados do Gabinete da Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de São Brás de Alportel.

De acordo com os dados recolhidos podíamos dizer que é o género masculino que se apresenta em situação de desemprego há mais tempo visto que cerca de 25 beneficiários (25,77%) do total, responderam que se encontram nesta situação há mais de 2 anos, mas será importante verificar que apesar de o género feminino se representar apenas com 18 beneficiárias desempregadas há mais de 2 anos (18,56%), cerca de 20 responderam não saber há quanto tempo estão desempregadas.

O facto de não saberem quantificar o tempo de desempregada pode estar ligado há condição de doméstica que muitas destas mulheres têm e/ou por nunca terem exercido qualquer atividade remunerada ao longo da vida, o que pode indicar que a sua situação foi sempre de doméstica (tabela n.º7).

Tabela n.º7 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com o género e resposta à questão: **Há quanto tempo está desempregado (a)?**

Há quanto tempo está desempregado (a)?	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Menos de 1 ano	7	7,22	3	3,09	10	10,31
De 1 ano a 2 anos	8	8,25	7	7,22	15	15,46
De 2 a 3 anos	7	7,22	11	11,34	18	18,56
Mais de 3 anos	11	11,34	14	14,43	25	25,77
Não sabe	20	20,62	9	9,28	29	29,90
Total	53	54,64	44	45,36	97	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Questionadas sobre há quanto tempo são beneficiários de RSI, 11 pessoas (9,65%) responderam que há menos de 3 meses, 19 utentes (16,67%) referiram receber RSI entre 3 a 6 meses, 18 utentes (15,79%) recebem prestação entre 6 e 9 meses, 1 indivíduo (0,88%) referiu não saber e cerca de 65 beneficiários (57,02%) recebem esta prestação há mais de 12 meses. Destes 65 beneficiários que recebem esta prestação há mais de 12 meses, 32 são mulheres (28,07%) e 33 são homens (28,95%) (tabela n.º8).

Tabela n.º8 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com o género e resposta à questão: **Há quanto tempo é beneficiário (a) de RSI?**

Há quanto tempo é beneficiário (a) de RSI?	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Menos de 3 meses	4	3,51	7	6,14	11	9,65
De 3 a 6 meses	13	11,40	6	5,26	19	16,67
De 6 a 9 meses	10	8,77	8	7,02	18	15,79
Mais de 12 meses	32	28,07	33	28,95	65	57,02
Não sabe	1	0,88	0	0,00	1	0,88
Total	60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Verifica-se que neste grupo de 114 beneficiários de RSI e relativamente à escolaridade, 10 pessoas (8,77%) se mantêm sem escolaridade - não sabe ler nem escrever, 2 pessoas (1,75%) referem sabe ler e/ou escrever embora sejam consideradas sem escolaridade, 21 pessoas (18,42%) têm o ensino primário incompleto, 29 utentes (25,44%) têm o ensino primário (4ª classe) completo, 17 pessoas (14,91%) têm o ensino preparatório (2º ciclo do ensino básico), 22 pessoas (19,30%) têm o 3º ciclo (9º ano ou equivalente), 12 pessoas (10,53%) têm o 12º ano (ensino secundário, cursos gerais, tecnológicos e profissionais) e 1 pessoa do género feminino tem o ensino superior (0,88%) do total.

Quando analisados os três níveis mais baixos de habilitações literárias, encontram-se 20 mulheres (17,54%) e 13 homens (11,40%), sem escolaridade e com o ensino primário incompleto, mas é o género feminino que tem mais habilitações a partir do 3º ciclo com 23 mulheres (20,18%) e apenas 12 homens (10,53%) (tabela n.º9).

Tabela n.º9 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com género e habilitações literárias

Habilitações literárias	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sem escolaridade (não sabe ler nem escrever)	5	4,39	5	4,39	10	8,77
Sem escolaridade (sabe ler e/ou escrever)	2	1,75	0	0,00	2	1,75
Ensino primário incompleto	13	11,40	8	7,02	21	18,42
Ensino primário (4ª classe completa)	9	7,89	20	17,54	29	25,44
Ensino preparatório (2º ciclo do ensino básico)	8	7,02	9	7,89	17	14,91
3º ciclo (9º ano equivale ao 3º ciclo)	14	12,28	8	7,02	22	19,30
12º ano (ensino secundário, cursos gerais, tecnológicos e profissionais)	8	7,02	4	3,51	12	10,53
Ensino superior	1	0,88	0	0,00	1	0,88
Total	60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

3.2 - CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO - ALVO

É reconhecido que o nível de rendimentos de cada pessoa ou agregado familiar pode influenciar a adoção de determinados hábitos e estilos de vida. Seja pela escassez de rendimento para comprar alimentos mais saudáveis, seja por uma associação de comportamentos como o consumo de álcool ou tabaco, ou a ausência de prática de exercício físico de forma regular.

De acordo com dados do INE (2013), cerca de 38,3% foi a taxa de risco de pobreza para a população desempregada no ano 2011, 36,0% no ano 2010 e 36,4% no ano 2009. Relativamente à taxa de risco de pobreza da população inativa 29,2% em 2011, 28,4% em 2010 e 28% em 2009. Verifica-se que estes valores têm vindo a aumentar nos últimos anos.

Compreende-se assim a importância da intervenção da SS no atual momento de crise social crescente que está a ser potenciada pela também atual crise económica e financeira, nomeadamente com a atribuição e o pagamento das diferentes prestações, sejam as pensões de reforma e sobrevivência, os subsídios de desemprego, os subsídios de doença, os subsídios de incapacidade e família ou o rendimento social de inserção.

O RSI é uma prestação social cujo enquadramento legal está na Lei n.º 13/2003 de 21 de Maio (2003), que veio revogar a Lei n.º 19-A/96 de 29 de Junho (1996) sobre o rendimento mínimo garantido que havia sido criado em 1996.

Sendo o objetivo primordial desta prestação, o de servir de apoio na progressiva inserção laboral, social e comunitária destas pessoas e dos elementos que constituem os seus agregados familiares, esta prestação deveria estar a ser utilizada essencialmente na formação profissional, no ensino, na saúde e na habitação, o que pode nem sempre estar a acontecer, daí a necessidade de se aumentar o controlo e a fiscalização.

O RSI tem contribuído para diminuir a taxa de risco de pobreza para a população, mas ainda há muito trabalho a fazer na sua concretização nomeadamente na reinserção de todas as pessoas que recebem esta prestação, numa maior equidade e numa maior eficácia até porque se verifica uma certa inércia por parte destes beneficiários.

A SS (2013) divulga nos dados anuais de RSI que no Centro Distrital da SS em Faro foram registados 16131 beneficiários em 2012, 17913 em 2011 e 21467 beneficiários em 2010. Com um valor médio processado de prestação de RSI por beneficiário de 87,85€ em 2012, 89,33€ em 2011 e 82,76€ em 2010.

Na declaração de Alma-Ata promovida pela OMS (1978), é referido que o contexto mundial em termos de saúde era o de profundas desigualdades não apenas entre países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, como também entre várias regiões de um mesmo país.

É assumido também que a saúde dos povos resulta de um conjunto de interdependências e reciprocidades como a paz mundial, o desenvolvimento socio-económico e a qualidade de vida, factores estes que são apenas alguns dos que contribuem para um elevado nível de saúde.

Barbosa (1987) refere que o nível geral de saúde está dependente dos estilos de vida e hábitos de saúde das pessoas e que estes são muito influenciados pelo meio social e físico em que estas pessoas estão inseridas. Reforça a sua ideia ao salientar que o corpo é dominado por um conjunto de racionalidades e que a da prevenção é apenas uma nesse vasto conjunto. Salienta também a ideia de que nem todos têm os mesmos recursos e as mesmas oportunidades para adequar positivamente os comportamentos e estilos de vida.

A promoção da saúde e a prevenção da doença devem ser feitas de forma a ultrapassar algumas dificuldades que as pessoas identificam, seja em si próprias seja nos seus agregados familiares. A população beneficiária de RSI, pelas suas características deve ser alvo de uma vigilância de saúde ainda mais constante.

É do conhecimento geral que o nosso país enfrenta grandes dificuldades económicas, com baixa produtividade e uma alta taxa de desemprego, pelo que este ciclo de pobreza crescente, poderá levar a um aumento dos problemas de saúde destas pessoas, sendo que o mesmo terá reflexos nos orçamentos das famílias, levando ao efeito de bola de neve com os baixos recursos a originarem um decréscimo na saúde das pessoas e esse decréscimo a potenciar novas situações de pobreza.

A primeira necessidade identificada foi a de trabalhar junto das pessoas beneficiárias de RSI, uma segunda foi a de saber o seu estado de saúde atual no que à diabetes do tipo 2 respeita. Neste contexto foram planeadas atividades que permitissem dar resposta à seguinte questão:

Qual o diagnóstico atual na população beneficiária de RSI, na área geográfica de São Brás de Alportel, no que se refere ao risco de desenvolver diabetes do tipo 2 num período entre dois a dez anos?

As pessoas consideradas em risco de virem a desenvolver diabetes, ou seja, aquelas que apresentam maiores probabilidades de virem a desenvolver diabetes ao longo da sua vida, são aquelas que têm familiares diretos que sofrem de diabetes, homens ou mulheres com excesso de peso ou já obesos, principalmente aqueles que apresentem gordura acentuada na barriga, pessoas que apresentam valores de tensão arterial elevada ou níveis de colesterol no sangue elevados, as mulheres que durante uma gravidez já desenvolveram diabetes gestacional, as crianças com peso igual ou superior a quatro Kg à nascença e outros doentes com problemas no pâncreas ou com doenças endócrinas MS (2008).

O diagnóstico de avaliação do estado de saúde da população alvo permitiu identificar quem são as pessoas em risco de virem a desenvolver diabetes do tipo 2 num período compreendido entre 2 e 10 anos, e de identificar e compreender quais são as áreas mais problemáticas e as necessidades específicas destas pessoas, as quais têm principalmente que ver com os seus hábitos e estilos de vida, pelo que as intervenções posteriormente desenvolvidas são com o objetivo primordial de estabelecer como prioridades a promoção e a adequação a estilos de vida mais saudáveis e a uma melhor qualidade de vida contribuindo para o processo de capacitação destes beneficiários, das suas famílias e da comunidade da qual fazem parte.

3.3 - ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO - ALVO

A diabetes é uma das patologias crónicas que tem sido mais objeto de estudos e discussão a nível mundial, quer pelo número crescente de pessoas afetadas e consequências das suas complicações, quer pelos gastos diretamente atribuídos à mesma.

A pobreza e a carência de recursos económicos correlacionada com um aumento de doenças também é objeto de estudo de algumas associações e instituições internacionais como a OMS ou a IDF.

Doenças crónicas como a obesidade ou a diabetes do tipo 2 têm surgido cada vez mais precocemente na vida das pessoas em consequência do aumento da esperança média de vida e da alteração nos padrões de vida das pessoas.

A Diabetes é uma síndrome caracterizada por uma deficiente produção de insulina, relativa ou absoluta, a que se podem associar graus variáveis de insulinoresistência, podendo resultar numa hiperglicemia crónica e em alterações do metabolismo lipídico e proteico Duarte (2002).

É uma doença assintomática nos seus primeiros anos de evolução, o que contribui para que grande parte da população tenha a doença em evolução mas não saiba ainda que é portadora desta patologia. As manifestações clínicas da doença variam de pessoa para pessoa, de tipo de diabetes e do estadió de evolução da doença.

Existem quatro tipos clínicos de diabetes e que são etiologicamente distintos: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e por último estão agrupados num só grupo outros tipos específicos de diabetes DGS (2002).

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes (2010), relativo à informação disponível sobre a diabetes em Portugal em 2008, a diabetes tipo 2 é a forma mais frequente e corresponde a mais de 90% dos casos diagnosticados.

Segundo Duarte (2002), este tipo de diabetes surge tipicamente no adulto, sendo a idade do diagnóstico habitualmente superior a 45 anos, aumentando a sua incidência com a idade.

Esta forma de diabetes do tipo 2 ocorre em indivíduos que herdaram uma predisposição genética para a diabetes, apresentando frequentemente um familiar próximo com a doença, como sendo o caso dos pais, tios ou avós, e que ao associar a esta predisposição genética hábitos de vida e de alimentação errados ou menos saudáveis, muitas vezes também por influência do “stress” diário, aumentam em muito o seu nível de risco de virem a tornar-se diabéticos com o passar dos anos RAOND (2010).

No RAOND (2010) verifica-se que em 2008 a prevalência de diabetes em Portugal era de 11,7% da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, sendo que destes 5,1% ainda não estava diagnosticada. A prevalência de pré-diabetes era de 23,2% da população no mesmo intervalo de idades. Identifica também a existência de uma correlação direta entre o aumento da prevalência da doença e o aumento da idade das pessoas. Concluindo que os custos diretos desta doença representaram em 2008 0,7% do PIB e 7% da despesa em saúde.

Em 2009 de acordo com o RAOND (2011) verifica-se que a prevalência de diabetes em Portugal era de 12,3% da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, e destes 5,4% ainda não sabiam que tinham a doença. Constata-se que a prevalência diminui com um crescente nível educacional.

O RAOND (2012) revela que uma pessoa obesa tem um risco três vezes maior de vir a desenvolver diabetes e que perto de 90% das pessoas diabéticas tem excesso de peso ou é obesa.

Dados mais recentes do RAOND (2013) referentes ao ano de 2011 indicam que a prevalência da diabetes em Portugal subiu para 12,7% da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos e 39,2% da mesma população ou já tem a doença ou tem hiperglicemia intermédia, ou seja revela anomalia da glicemia em jejum ou tem tolerância diminuída à glicose. Verifica-se também que os custos da diabetes ascenderam em 2011 a 8% da despesa em saúde e a 0,8% do PIB.

É muito importante definir bem quem são os indivíduos que pertencem aos grupos de risco, os quais como já referido para além da idade e dos fatores hereditários, apresentam excesso de peso ou são obesos, têm um perímetro abdominal superior ao recomendado, são sedentários, têm alterações da gordura no sangue e consomem bebidas alcoólicas ou tabaco.

3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO - ALVO

A população alvo escolhida como já referido anteriormente, foi um grupo de 114 pessoas - todos os beneficiários de rendimento social de inserção residentes na área geográfica do concelho de São Brás de Alportel em Maio de 2011. Deste grupo faziam parte indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, sem diagnóstico anterior de diabetes e na situação de desemprego ou com ocupação a tempo parcial.

Os responsáveis pela Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de São Brás de Alportel, acolheram com muito interesse e entusiasmo a proposta, salientando também a total ausência de conhecimento sobre o estado de saúde/doença das pessoas beneficiárias de RSI que estavam a acompanhar e manifestaram disponibilidade desde o primeiro momento para colaborar e acompanhar as intervenções que viessem a ser desenvolvidas junto destes beneficiários.

Segundo Imperatori e Geraldès (1993), a preparação operacional realizada na elaboração de programas e projetos, tem como principal objetivo preparar a execução do projeto, isto é, o estudo das atividades necessárias à execução total ou parcial de uma determinada estratégia, com a finalidade de atingir um ou mais objetivos. Esta etapa é extremamente importante para o bom êxito de um programa ou projeto.

Consideram-se nesta fase segundo Tavares (1990), elementos como a população alvo já fixada, a fixação de objetivos operacionais ou metas, o estudo dos custos e o seu financiamento, assim como a acessibilidade da população, os contextos económicos, individuais, sociais e culturais, onde se pretende desenvolver determinada atividade.

Na reunião com a Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de São Brás de Alportel, foi acordado que seriam excluídos deste projeto todos os beneficiários de RSI com menos de dezoito anos uma vez que estão em idade escolar, todas as mulheres grávidas uma vez que no seguimento das suas gravidezes devem realizar diversos exames complementares de diagnóstico recomendados para a sua condição de grávida, assim como todos os indivíduos empregados a tempo inteiro, isto para não causar qualquer tipo de constrangimento com as suas entidades empregadoras.

De referir que os primeiros contactos com os beneficiários da população alvo foram realizados pelas duas profissionais da referida equipa de protocolo, contactos esses em que lhes foi apresentado o projeto e os seus principais objetivos.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Os objetivos foram estabelecidos tendo em conta a população alvo e as suas características, as conclusões possíveis na realização e análise do diagnóstico inicial, os fatores de risco associados ao desenvolvimento de diabetes do tipo 2, os recursos disponíveis e o tempo limitado de intervenção.

4.1 - OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Barbier (1993) refere que o termo projeto surge como designação possível de um conceito que procura unificar vários aspetos importantes do processo de aprendizagem, a acção realizada com empenho pessoal, a intencionalidade dessa acção e a sua inserção num contexto social.

Depois de uma reflexão ponderada sobre as temáticas em estudo, nomeadamente a diabetes do tipo 2 e a situação de dificuldades económicas da população alvo escolhida, foi necessário realizar um diagnóstico de saúde com base na metodologia do planeamento em saúde, estabelecer novos processos e novas estratégias de intervenção mais abrangente com superiores benefícios para as pessoas deste grupo alvo, tendo sido para isso definido como objetivo geral:

- ✓ Diminuir o risco de diabetes do tipo 2, na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel.

Para atingir este objetivo foram definidas estratégias e atividades, com a finalidade de contribuir para diminuir a incidência e a prevalência desta doença, bem como das suas complicações nos indivíduos da população alvo, nas suas famílias, e mesmo na

comunidade por influência positiva junto dos amigos e/ou conhecidos, fomentando sempre que possível a adoção de estilos de vida mais saudáveis por parte destas pessoas.

Foi também uma oportunidade de executar estratégias e atividades previstas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008), bem como de desenvolver algumas das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública de acordo com o Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011).

4.2 - OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO - ALVO

A implementação de programas e projetos de intervenção comunitária tendo em vista o *empowerment* de cada um dos indivíduos alvo das suas intervenções tem impactos muito positivos, uma vez que estes processos promovem tomadas de decisão cada vez mais livres e esclarecidas por parte destes indivíduos no que ao seu processo de saúde/doença diz respeito, o que com o tempo se ambiciona poder vir a traduzir-se em ganhos efetivos de saúde.

Sendo um projeto uma atividade intencional que pressupõe objetivos específicos, estabelecidos para permitirem a organização de diversas atividades com a finalidade de alcançar os objetivos gerais, foram então definidos os seguintes:

- ✓ Avaliar o risco de vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos;
- ✓ Implementar ações de sensibilização sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente:
 - ✓ Alimentação saudável;
 - ✓ Prática de exercício/atividade física regular;
 - ✓ Consumos aditivos de tabaco e de álcool - malefícios.

Apesar de estes objetivos específicos concorrerem no seu conjunto para que seja possível atingir o objetivo geral enunciado, importa ter sempre presente que um projeto remete-nos para o seu carácter dinâmico e assim compreende a necessidade de quaisquer reformulações aquando da sua implementação, de acordo com as novas necessidades que se venham a sentir.

5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

De acordo com tudo o que já foi referido nos capítulos anteriores e com os objetivos previstos, foram delineadas diversas estratégias a desenvolver e implementar, as quais deverão ser preferencialmente participativas, ou seja, a participação das pessoas era fundamental, sendo que é através da participação ativa e da autonomia na identificação dos problemas e na tomada de decisões com vista a solucionar esses problemas que as pessoas ganham “empoderamento”.

Este conceito de empoderamento - *empowerment*, é importante pois de acordo com a perspetiva do enfermeiro que está a intervir na comunidade, a concretização deste conceito significa que as suas intervenções foram as adequadas e que se alcançaram as mudanças inicialmente pretendidas.

O empoderamento com base num acréscimo de poder de intervenção seja individual ou coletivo, terá como resultado uma maior eficácia no seu exercício da cidadania diário, isto porque os processos através dos quais as pessoas aumentam os seus conhecimentos, as suas capacidades e também a sua autoestima, permitem-lhes adquirirem as competências e a confiança necessárias para se assumirem como sujeitos ativos da sua própria história, Friedmann (1996).

Segundo Tavares (1990) a seleção de estratégias é uma etapa fundamental uma vez que permite escolher um conjunto de técnicas com o fim de atingir determinado objetivo, permite estudar algumas estratégias alternativas e também estimar os seus custos face aos recursos existentes.

5.1 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A seleção das intervenções permite estabelecer qual o plano mais adequado para suprimir os problemas prioritários identificados, e depende dos objetivos definidos anteriormente, dos recursos disponíveis na comunidade, do grupo alvo com o qual se pretende trabalhar e do espaço temporal para a sua implementação.

O plano traçado para se atingirem os objetivos estabelecidos teria obrigatoriamente de passar por promover uma adequação de estilos e hábitos de vida, o mais saudáveis possível, atendendo às características que fazem parte do contexto de cada beneficiário de RSI, por forma a contribuir para diminuir a incidência e a prevalência desta doença nesta população alvo.

As intervenções que a seguir se enunciam respeitam uma ordem cronológica, concorrem no seu conjunto e essencialmente para uma prevenção primária da diabetes, através de uma redução dos fatores de risco conhecidos de forma a incidir sobretudo nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença.

- Reunião inicial com a Sr.^a Enfermeira Coordenadora da UCC.

Nesta primeira reunião o principal objetivo foi o de avaliar qual seria a intervenção adequada às necessidades da comunidade abrangida pela UCC em São Brás de Alportel.

Foram avaliadas algumas hipóteses de população alvo e das suas necessidades, assim como a existência de limitações existentes no momento.

Foi decidido que o projeto de intervenção comunitária deveria incidir junto das pessoas beneficiárias de rendimento social de inserção residentes na área geográfica de São Brás de Alportel, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico de saúde com essa população alvo.

- Reunião com as responsáveis pela Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de São Brás de Alportel.

Esta equipa é responsável pelo acompanhamento dos beneficiários desta prestação da segurança social no concelho de São Brás de Alportel.

O projeto foi desde início muito bem acolhido, com muito interesse e entusiasmo, evidenciando existia uma ausência de conhecimento sobre o estado de saúde / doença dos beneficiários de RSI que estavam a acompanhar.

Manifestaram desde este primeiro contato disponibilidade para colaborar e acompanhar as intervenções que viessem a ser desenvolvidas em conjunto com estas pessoas.

- Reunião com a direção executiva e o conselho clínico do ACES I Central, para apresentar o projeto e solicitar autorização para a realização do mesmo.

O projeto foi considerado adequado e necessário tendo em conta o tema e a população alvo. Foi dada autorização para a implementação do projeto e disponibilizada a ajuda material que se viesse a justificar.

- Pesquisa bibliográfica, por forma a justificar a atualidade das problemáticas e para melhor contextualizar o projeto.

Esta pesquisa permitiu caracterizar e conhecer melhor algumas características da população alvo, os recursos humanos e materiais disponíveis, assim como contextualizar a problemática da diabetes tipo 2.

Com esta pesquisa foi possível além de reunir informação para a necessária contextualização teórica, tomar contacto com algumas entidades de referência local, nacional ou internacional como a CM São Brás de Alportel, o INE, a SS, a DGS, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) ou a (IDF).

- Elaboração dos diferentes documentos e instrumentos necessários para a recolha de dados:

Declaração de Consentimento Informado (APENDICE I). A sua elaboração justifica-se pela necessidade de atender a preceitos legais como o respeito à autodeterminação, o consentimento livre esclarecido e informado, bem como o direito ao anonimato e à confidencialidade, tendo servido também como instrumento de apresentação e esclarecimento sobre o projeto e seus objetivos;

☑ Questionário Individual (APENDICE II). Este instrumento permitiu fazer uma caracterização sociodemográfica e conhecer os hábitos tabágicos, de consumo de bebidas alcoólicas e alguns dados de saúde relevantes no contexto da diabetes tipo 2;

☑ Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do Tipo 2 (adaptada do PNPCD, 2008) (APENDICE III). Esta ficha permitiu avaliar o risco que cada beneficiário de RSI tem de vir a desenvolver diabetes tipo 2 dentro de 10 anos;

☑ Ficha de Referenciação de Utentes com Critério (s) de Encaminhamento (APENDICE IV). Este documento foi preparado para facilitar os procedimentos de encaminhamento/referenciação de utentes com necessidade identificada durante a aplicação da ficha de avaliação de risco para o seu médico/serviço de saúde.

Os documentos e instrumentos referidos revelaram-se de extrema importância quer pelo seu carácter informativo e legal, quer também por serem elementos muito úteis e facilitadores no processo de colheita de dados e posterior tratamento da informação, o que facilitou a realização do diagnóstico de saúde inicial.

- Reunião pela segunda vez com os elementos da Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de São Brás de Alportel.

Esta reunião serviu para esclarecer alguns assuntos nomeadamente a calendarização das atividades para aplicação do Questionário Individual e da Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do Tipo 2, assim como o modo de informar os beneficiários sobre as datas e o local da realização das atividades.

- Reunião com os elementos da UCSP de São Brás de Alportel.

Estes contactos serviram para apresentar o projeto, os objetivos do mesmo e as estratégias a desenvolver. Foi também apresentada a Ficha de Referenciação de Utentes com Critério (s) de Encaminhamento, isto porque se entendeu que durante a aplicação do referido Questionário Individual e da Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do Tipo 2, poderiam ser detetados utentes que por apresentarem valores monitorizados acima dos valores de referência, teriam indicação para serem encaminhados e avaliados pela sua equipa nuclear de saúde, e com este documento o procedimento seria mais eficaz.

- Colheita de dados que permitiram o diagnóstico de saúde da população alvo.

As atividades tendo em vista a colheita de dados realizaram-se como previsto nos dias úteis entre 15 de Junho e 06 de Julho de 2011, num total de 14 dias de atividades.

Este período de colheita de dados estendeu-se por 14 dias úteis visto que alguns dos dados a colher necessitavam que os beneficiários estivessem em jejum, tal facto havia sido previsto e acautelado na fase de planeamento.

Cada período começava às 8h quando as instalações da UCC em São Brás de Alportel eram abertas ao público e tinha hora prevista de termo entre as 10h40m e as 11h.

Foi previsto e planeado um tempo médio necessário para atendimento a cada beneficiário de cerca de 20 minutos, o que resultou numa média de 8 beneficiários por dia.

Os tempos médios de atendimento foram previstos tendo em atenção a necessidade de serem prestados a todos os beneficiários esclarecimentos relativamente ao projeto e seus objetivos, à declaração de consentimento informado, ao questionário individual, à ficha de avaliação de risco de diabetes do tipo 2, bem como aos procedimentos necessários para a colheita e registo dos dados.

- Tratamento, análise e reflexão sobre os dados recolhidos.

Dado que a quantidade de dados pretendidos e recolhidos era considerável, optou-se por usar a aplicação de tratamento estatístico - SPSS na sua versão 17.0.

Com a aplicação do questionário pretendia-se também conhecer alguns hábitos da população. Relativamente aos hábitos tabágicos pode concluir-se que 46 pessoas (40,35%) fumam diariamente e 3 (2,63%) fumam ocasionalmente.

Entre as mulheres 43 referem não fumar (37,72%), mas 16 (14,04%) referem fumar todos os dias e destas 12 (10,53%) têm entre 30 e 49 anos.

Dos 54 homens da população alvo 30 referem fumar todos os dias (26,32%) e 2 ocasionalmente (1,75%), de referir que estes dois indivíduos têm menos de vinte anos. Entre os 40 e os 59 anos de idade é onde existem mais homens fumadores 18 (15,79%) (tabela n.º10).

Tabela n.º10 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com género, idade e resposta à questão: **Atualmente fuma?**

Idade em anos	Atualmente fuma?	Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Menos 20	Sim, diariamente	0	0,00	1	0,88	1	0,88
	Sim, ocasionalmente	0	0,00	2	1,75	2	1,75
	Não	1	0,88	4	3,51	5	4,39
	Total	1	0,88	7	6,14	8	7,02
20 - 29	Sim, diariamente	2	1,75	3	2,63	5	4,39
	Não	7	6,14	4	3,51	11	9,65
	Total	9	7,89	7	6,14	16	14,04
30 - 39	Sim, diariamente	7	6,14	3	2,63	10	8,77
	Sim, ocasionalmente	1	0,88	0	0,00	1	0,88
	Não	17	14,91	4	3,51	21	18,42
	Total	25	21,93	7	6,14	32	28,07
40 - 49	Sim, diariamente	5	4,39	12	10,53	17	14,91
	Não	12	10,53	6	5,26	18	15,79
	Total	17	14,91	18	15,79	35	30,70
50 - 59	Sim, diariamente	2	1,75	6	5,26	8	7,02
	Não	4	3,51	2	1,75	6	5,26
	Total	6	5,26	8	7,02	14	12,28
60 ou mais	Sim, diariamente	0	0,00	5	4,39	5	4,39
	Não	2	1,75	2	1,75	4	3,51
	Total	2	1,75	7	6,14	9	7,89
Total		60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Importa agora analisar a quantidade de cigarros fumados por dia. Essa análise revela que dos 49 indivíduos fumadores, o género masculino é o que fuma mais com 32 homens (65,31%) e 17 mulheres (34,69%) do total de fumadores desta população.

São também os homens que fumam mais de 20 cigarros por dia. Comparativamente eles são 17 (34,69%) e as mulheres 3 (6,12%) (tabela n.º11).

Tabela n.º11 - Distribuição das pessoas abrangidas e fumadoras de acordo com género e número de cigarros por dia

Número de cigarros por dia	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Menos de 5	1	2,04	1	2,04	2	4,08
De 5 a 10	6	12,24	5	10,20	11	22,45
De 10 a 15	2	4,08	7	14,29	9	18,37
De 15 a 20	5	10,20	2	4,08	7	14,29
Mais de 20	3	6,12	17	34,69	20	40,82
Total	17	34,69	32	65,31	49	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Dos 65 elementos (57,02%) que referiam anteriormente que não fumam atualmente, 15 (23,08%) referem que já fumaram diariamente, sendo 6 mulheres (9,23%) e 9 homens (13,85%).

Fumaram ocasionalmente 4 beneficiários (6,15%), sendo 2 mulheres e 2 homens e das 46 pessoas (70,77%) que manifestaram que nunca fumaram, 35 são mulheres (53,85%) e 11 são homens (16,92%) (tabela n.º12).

Tabela n.º12 - Distribuição das pessoas abrangidas e não fumadoras de acordo com o género

Alguma vez fumou?	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Não	35	53,85	11	16,92	46	70,77
Sim, diariamente	6	9,23	9	13,85	15	23,08
Sim, ocasionalmente	2	3,08	2	3,08	4	6,15
Total	43	66,15	22	33,85	65	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Relativamente aos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas, é possível verificar que 20 beneficiários (17,54%) dos quais 18 homens (15,79%) e 2 mulheres (1,75%) referem consumir bebidas alcoólicas diariamente.

Existem ainda 46 pessoas (40,35%), das quais 20 mulheres (17,54%) e 26 homens (22,81%) que referem consumir bebidas alcoólicas ocasionalmente. As restantes 48 pessoas (42,11%) referem que não consomem atualmente bebidas alcoólicas, sendo 38 mulheres (33,33%) e 10 homens (8,77%).

A partir dos 40 anos e no género masculino é onde se acentua a ingestão de bebidas alcoólicas diariamente com 16 homens (88,89%) dos 18 (tabela n.º13).

Tabela n.º13 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com género, idade e consumo de bebidas alcoólicas

Idade em anos	Atualmente bebe?	Género				Total	
		Feminino		Masculino		N.º	%
		N.º	%	N.º	%		
Menos 20	Sim, ocasionalmente	0	0,00	6	5,26	6	5,26
	Não	1	0,88	1	0,88	2	1,75
	Total	1	0,88	7	6,14	8	7,02
20 - 29	Sim, diariamente	0	0,00	1	0,88	1	0,88
	Sim, ocasionalmente	3	2,63	6	5,26	9	7,89
	Não	6	5,26	0	0,00	6	5,26
	Total	9	7,89	7	6,14	16	14,04
30 - 39	Sim, diariamente	1	0,88	1	0,88	2	1,75
	Sim, ocasionalmente	8	7,02	4	3,51	12	10,53
	Não	16	14,04	2	1,75	18	15,79
	Total	25	21,93	7	6,14	32	28,07
40 - 49	Sim, diariamente	0	0,00	7	6,14	7	6,14
	Sim, ocasionalmente	8	7,02	7	6,14	15	13,16
	Não	9	7,89	4	3,51	13	11,40
	Total	17	14,91	18	15,79	35	30,70
50 - 59	Sim, diariamente	1	0,88	5	4,39	6	5,26
	Sim, ocasionalmente	1	0,88	1	0,88	2	1,75
	Não	4	3,51	2	1,75	6	5,26
	Total	6	5,26	8	7,02	14	12,28
60 ou mais	Sim, diariamente	0	0,00	4	3,51	4	3,51
	Sim, ocasionalmente	0	0,00	2	1,75	2	1,75
	Não	2	1,75	1	0,88	3	2,63
	Total	2	1,75	7	6,14	9	7,89
Total		60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Quando questionados sobre a altura em que bebem, dos 66 beneficiários que atualmente consomem bebidas alcoólicas diária ou ocasionalmente, 13 mulheres (19,70%) bebem às refeições e fora das refeições, comparativamente com os 33 homens (50,00%) que consomem também em ambas as situações.

Verifica-se também que 6 destas 22 mulheres (27,27%) e 10 dos 44 homens (22,73%) afirmam que consomem bebidas alcoólicas fora das refeições (tabela n.º14).

Tabela n.º14 - Distribuição das pessoas abrangidas de acordo com género e altura do dia em que consomem bebidas alcoólicas

Em que altura bebe?	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Às refeições	3	4,55	1	1,52	4	6,06
Fora das refeições	6	9,09	10	15,15	16	24,24
Ambas	13	19,70	33	50,00	46	69,70
Total	22	33,33	44	66,67	66	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Relativamente aos 48 indivíduos que referem que atualmente não consomem bebidas alcoólicas verifica-se que 6 dos 10 homens (60,00%) já beberam diariamente, 7 mulheres (6,14%) e 3 homens (2,63%) já ingeriu ocasionalmente bebidas alcoólicas.

Apenas 31 mulheres (27,19%) e 1 homem (0,88%) referiram nunca terem ingerido bebidas alcoólicas (tabela n.º15).

Tabela n.º15 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e passado anterior relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas

Alguma vez consumiu bebidas alcoólicas?	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Não	31	64,58	1	2,08	32	66,67
Sim, diariamente	0	0,00	6	12,50	6	12,50
Sim, ocasionalmente	7	14,58	3	6,25	10	20,83
Total	38	79,17	10	20,83	48	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Atendendo a que também é um fator de risco que muito preocupa as entidades com responsabilidades nas áreas de decisão política relacionadas com os processos de saúde/doença, avaliou-se a pressão arterial.

Para poderem ser aferidas algumas conclusões foram realizadas três avaliações a cada utente na posição sentada e com intervalo de um minuto entre elas, seguindo as recomendações da Fundação Portuguesa de Cardiologia (2011).

A tabela seguinte - tabela n.º16, apresenta a classificação da pressão arterial em mmHg, a partir da qual são analisados os resultados obtidos sobre a variável pressão arterial na tabela n.º27 (APÊNDICE V) e na tabela n.º28 (APÊNDICE VI).

Tabela n.º16 - Classificação da Pressão Arterial (PA) em mmHg

Sistólica	Diastólica	
Até 120	Até 80	Normal
120-139	80-89	Pré-hipertensão
140-159	90-99	Hipertensão arterial estágio 1
>160	>100	Hipertensão arterial estágio 2

Fonte: fundação portuguesa de cardiologia (2011a)

Após a avaliação da PA, constata-se que das 114 pessoas, 68 (59,65%) apresentaram todos os valores de pressão sistólica e de pressão diastólica considerados normais dos quais 39 (34,21%) são do género feminino e 29 (25,44%) são do género masculino,

Dos restantes 46 beneficiários (40,35%), 34 (29,82%) tiveram pelo menos uma avaliação classificada como pré-hipertensão destes 14 (12,28%) são mulheres e 20 (17,54%) homens.

Salienta-se que 7 beneficiários (6,14%) apresentaram pelo menos uma avaliação classificada como hipertensão arterial estágio 1 e 5 pessoas (4,39%) apresentaram pelo menos um valor de pressão arterial classificado como hipertensão arterial estágio 2. Constata-se ainda que destas 12 pessoas 9 (7,89%) têm mais de cinquenta anos.

Relativamente à avaliação da glicemia capilar em jejum, deve referir-se que a análise desta variável foi feita de acordo com um dos critérios de diagnóstico para a diabetes, valor superior ou igual a 126 mg/dl para uma avaliação da glicemia capilar em jejum, valor este que é utilizado nas orientações internacionais e nacionais pela DGS (2011) ou pelo Observatório Nacional da Diabetes no seu relatório anual RAOND (2012).

Após a determinação dos valores de glicemia podemos concluir que 4 (3,51%) das 114 pessoas que constituem a população alvo apresentaram um valor de glicemia capilar em jejum igual ou superior a 126 mg/dl (tabela n.º17).

Tabela n.º17 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e valores de glicemia capilar em jejum (20 - 500mg/dl)

Avaliação da glicemia capilar em jejum (20 - 500 mg/dl)	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Inferior a 126 mg/dl	58	50,88	52	45,61	110	96,49
Superior ou igual a 126 mg/dl	2	1,75	2	1,75	4	3,51
Total	60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Para a determinação do valor de colesterol foi tomado como valor de referência 190 mg/dl, de acordo com as recomendações da Fundação Portuguesa de Cardiologia (2011b).

A tabela n.º20 permite verificar que 54 pessoas (47,37%) das quais 25 mulheres (21,93%) e 29 homens (25,44%), apresentam valores iguais ou superiores ao valor de referência - 190 mg/dl.

Tabela n.º18 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e valores de colesterol (150 - 500mg/dl)

Avaliação do colesterol (150 - 300 mg/dl)	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Inferior a 190 mg/dl	35	30,70	25	21,93	60	52,63
Igual ou superior a 190 mg/dl	25	21,93	29	25,44	54	47,37
Total	60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Outra atividade definida no projeto consiste em aplicar um instrumento de avaliação que permitisse saber o risco que cada um dos 114 beneficiários de RSI tinha na altura da avaliação, de vir a poder desenvolver diabetes ao longo do tempo.

Foi selecionada e aplicada a Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do Tipo 2 (APÊNDICE III), como previsto no PNPCD (2008), a qual permite verificar o risco individual para vir a desenvolver diabetes num período entre 2 a 10 anos.

Após aplicar a referida escala e de fazer o tratamento dos resultados por classes de risco como previsto no PNPCD (2008), podemos concluir que 38 beneficiários (33,33%) de RSI dos quais 25 são homens (21,93%) e 13 mulheres (11,40%) apresentavam o nível mais baixo de risco de virem a desenvolver a doença no espaço de 2 a 10 anos.

No nível de risco considerado sensivelmente elevado, em que se calcula que uma em cada vinte e cinco pessoas possam vir a desenvolver esta doença, encontram-se 36 pessoas (31,58%) das quais 23 mulheres (20,18%) e 13 homens (11,40%).

No grupo de indivíduos que têm um risco moderado, em que se calcula que um em cada seis possa desenvolver diabetes tipo 2 dentro de 2 a 10 anos, encontram-se 8 mulheres (7,02%) e 7 homens (6,14%), ou seja 15 pessoas (13,16%) no total da população alvo.

Detetaram-se 19 utentes (16,67%) dos quais 11 mulheres (9,65%) e 8 homens (7,02%) que apresentam um risco alto, sobre o qual é calculado que uma em cada três pessoas desenvolverá a doença num período entre 2 e 10 anos.

Muito importante referir ainda que no nível de risco muito alto, aquele em que se calcula que uma em cada duas pessoas desenvolverá diabetes tipo 2 no período entre 2 e 10 anos, foram identificadas 5 mulheres (4,39%) e 1 homem (0,88%) o que corresponde a (5,26%) da população alvo (tabela n.º19).

Tabela n.º19 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos

Pontuação obtida na ficha de risco de diabetes do tipo 2	Idade em anos	Género				Total	
		Feminino		Masculino		Total	
		N.º	%	N.º	%		
Menos de 7	Menos 20	0	0,00	5	4,39	5	4,39
	20 - 29	1	0,88	4	3,51	5	4,39
	30 - 39	7	6,14	2	1,75	9	7,89
	40 - 49	4	3,51	9	7,89	13	11,40
	50 - 59	1	0,88	3	2,63	4	3,51
	60 ou mais	0	0,00	2	1,75	2	1,75
	Total	13	11,40	25	21,93	38	33,33
Entre 7 e 11	Menos 20	1	0,88	1	0,88	2	1,75
	20 - 29	6	5,26	3	2,63	9	7,89
	30 - 39	7	6,14	3	2,63	10	8,77
	40 - 49	6	5,26	3	2,63	9	7,89
	50 - 59	3	2,63	3	2,63	6	5,26
	Total	23	20,18	13	11,40	36	31,58
Entre 12 e 14	Menos 20	0	0,00	1	0,88	1	0,88
	20 - 29	1	0,88	0	0,00	1	0,88
	30 - 39	4	3,51	1	0,88	5	4,39
	40 - 49	3	2,63	3	2,63	6	5,26
	60 ou mais	0	0,00	2	1,75	2	1,75
	Total	8	7,02	7	6,14	15	13,16
Entre 15 e 20	20 - 29	1	0,88	0	0,00	1	0,88
	30 - 39	4	3,51	1	0,88	5	4,39
	40 - 49	3	2,63	3	2,63	6	5,26
	50 - 59	1	0,88	1	0,88	2	1,75
	60 ou mais	2	1,75	3	2,63	5	4,39
	Total	11	9,65	8	7,02	19	16,67
Superior a 20	30 - 39	3	2,63	0	0,00	3	2,63
	40 - 49	1	0,88	0	0,00	1	0,88
	50 - 59	1	0,88	1	0,88	2	1,75
	Total	5	4,39	1	0,88	6	5,26
Total	60	52,63	54	47,37	114	100,00	

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Foi também considerada a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), prática diária de exercício físico, consumo de vegetais e/ou fruta e também a necessidade de tomar medicação para a hipertensão arterial.

O item índice de massa corporal foi calculado de acordo com a fórmula recomendada: $IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$. Após a análise dos dados é possível concluir que cerca de 58 pessoas (50,88%) apresentam valores superiores ou iguais a 25 Kg/m² de IMC, sendo que 36 (31,58%) apresentam valores iguais ou superiores a 30 Kg/m². Destas 58 pessoas 33 (28,95%) são mulheres e 25 (21,93%) são homens.

Verifica-se que no nível de risco muito alto ou com score superior a vinte, aquele em que se calcula que uma em cada duas pessoas desenvolverá diabetes tipo 2 no período entre 2 e 10 anos, foram identificadas 5 mulheres (4,39%) e 1 homem (0,88%) o que corresponde a (5,26%) da população alvo (tabela n.º20).

Tabela n.º20 - Distribuição das pessoas abrangidas por índice de massa corporal, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos

Índice de Massa Corporal	Pontuação obtida na ficha de avaliação de risco de diabetes do tipo 2	Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Menos de 25 Kg/m ²	Menos de 7	12	10,53	22	19,30	34	29,82
	Entre 7 e 11	13	11,40	6	5,26	19	16,67
	Entre 12 e 14	2	1,75	0	0,00	2	1,75
	Entre 15 e 20	0	0,00	1	0,88	1	0,88
	Total	27	23,68	29	25,44	56	49,12
Entre 25 e 30 Kg/m ²	Menos de 7	1	0,88	3	2,63	4	3,51
	Entre 7 e 11	2	1,75	4	3,51	6	5,26
	Entre 12 e 14	4	3,51	3	2,63	7	6,14
	Entre 15 e 20	2	1,75	3	2,63	5	4,39
	Total	9	7,89	13	11,40	22	19,30
Mais de 30 Kg/m ²	Entre 7 e 11	8	7,02	3	2,63	11	9,65
	Entre 12 e 14	2	1,75	4	3,51	6	5,26
	Entre 15 e 20	9	7,89	4	3,51	13	11,40
	Superior a 20	5	4,39	1	0,88	6	5,26
	Total	24	21,05	12	10,53	36	31,58
Total		60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Foram registados também os comportamentos relativamente à prática diária de exercício físico, em que o critério foi o de essa atividade se realizar pelo menos durante trinta minutos, no trabalho ou durante o tempo livre, incluindo atividades da vida diária.

Os resultados permitem verificar 77 beneficiários (67,54%) que referem não praticar atividade física diária de acordo com o critério estabelecido, destas 44 (38,60%) são do género feminino e 33 (28,95%) são do género masculino.

Detetam-se 4 mulheres (3,51%) e 1 homem (0,88%), que correspondem a 4,39% do grupo alvo, que não praticam atividade física diária de acordo com o critério estabelecido e estão inseridas no nível de risco em se calcula que uma em cada duas pessoas desenvolverá diabetes tipo 2 no período entre 2 e 10 anos (tabela n.º21).

Tabela n.º21 - Distribuição das pessoas abrangidas por prática de exercício físico, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos

Prática diária de atividade física	Pontuação obtida na ficha de avaliação de risco de diabetes do tipo 2	Género				Total	
		Feminino		Masculino		Total	
		N.º	%	N.º	%		
Não	Menos de 7	8	7,02	11	9,65	19	16,67
	Entre 7 e 11	15	13,16	10	8,77	25	21,93
	Entre 12 e 14	6	5,26	6	5,26	12	10,53
	Entre 15 e 20	11	9,65	5	4,39	16	14,04
	Superior a 20	4	3,51	1	0,88	5	4,39
	Total	44	38,60	33	28,95	77	67,54
Sim	Menos de 7	5	4,39	14	12,28	19	16,67
	Entre 7 e 11	8	7,02	3	2,63	11	9,65
	Entre 12 e 14	2	1,75	1	0,88	3	2,63
	Entre 15 e 20	0	0,00	3	2,63	3	2,63
	Superior a 20	1	0,88	0	0,00	1	0,88
	Total	16	14,04	21	18,42	37	32,46
Total		60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Sobre o consumo regular de vegetais e/ou fruta, os dados recolhidos foram separados entre respostas de todos os dias e respostas de às vezes. É possível verificar que apenas 18 pessoas (15,79%) comem com regularidade, ou seja todos os dias, vegetais e/ou fruta, e destas 13 (11,40%) são mulheres e apenas 5 (4,39%) são homens (tabela n.º22).

Tabela n.º22 - Distribuição das pessoas abrangidas por consumo de vegetais e/ou fruta, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos

Come vegetais e/ou fruta?	Pontuação obtida na ficha de avaliação de risco de diabetes do tipo 2	Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Todos os dias	Menos de 7	2	1,75	2	1,75	4	3,51
	Entre 7 e 11	6	5,26	1	0,88	7	6,14
	Entre 12 e 14	1	0,88	0	0,00	1	0,88
	Entre 15 e 20	4	3,51	2	1,75	6	5,26
	Total	13	11,40	5	4,39	18	15,79
Às vezes	Menos de 7	11	9,65	23	20,18	34	29,82
	Entre 7 e 11	17	14,91	12	10,53	29	25,44
	Entre 12 e 14	7	6,14	7	6,14	14	12,28
	Entre 15 e 20	7	6,14	6	5,26	13	11,40
	Superior a 20	5	4,39	1	0,88	6	5,26
	Total	47	41,23	49	42,98	96	84,21
Total		60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Quando questionadas sobre se tomam regularmente ou se já tomaram medicação para a hipertensão arterial, 98 (85,96%) referem que não e 16 (14,04%) referem que sim (tabela n.º23).

Tabela n.º23 - Distribuição das pessoas abrangidas por medicação para a hipertensão arterial, género e risco de desenvolver diabetes tipo 2 entre 2 e 10 anos

Toma regularmente ou já tomou algum medicamento para a Hipertensão Arterial?	Pontuação obtida na ficha de avaliação de risco de diabetes do tipo 2	Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Não	Menos de 7	13	11,40	24	21,05	37	32,46
	Entre 7 e 11	21	18,42	10	8,77	31	27,19
	Entre 12 e 14	8	7,02	7	6,14	15	13,16
	Entre 15 e 20	8	7,02	6	5,26	14	12,28
	Superior a 20	1	0,88	0	0,00	1	0,88
	Total	51	44,74	47	41,23	98	85,96
Sim	Menos de 7	0	0,00	1	0,88	1	0,88
	Entre 7 e 11	2	1,75	3	2,63	5	4,39
	Entre 15 e 20	3	2,63	2	1,75	5	4,39
	Superior a 20	4	3,51	1	0,88	5	4,39
	Total	9	7,89	7	6,14	16	14,04
Total		60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Depois de aplicada a referida ficha de avaliação de risco de diabetes do tipo 2 e de monitorizados os valores de glicemia capilar em jejum de todos os utentes, foi avaliada também a hemoglobina glicada A1c mas apenas aos utentes com valores de glicemia

capilar em jejum superior ou igual a 126 mg/dl e/ou aos utentes que se apresentavam com um nível de risco igual ou superior a 15 - nível alto a partir do qual se calcula que pelo menos uma em cada três pessoas venham a desenvolver a doença.

Foi então monitorizado o valor de hemoglobina glicada A1c em 27 pessoas (23,68%). Entre as 17 (14,91%) mulheres 2 delas (7,41%) com monitorização de hemoglobina glicada A1c apresentaram um valor entre 6% e 6,5%. Dos 10 (8,77%) homens 1 apresentou também um valor compreendido entre 6% e 6,5% de hemoglobina glicada A1c. De salientar que o valor de referência nacional e internacional para a avaliação da hemoglobina glicada A1c (HbA1c) é o superior ou igual a 6,5% DGS (2011), (tabela n.º24).

Tabela n.º24 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade, género e valor de hemoglobina glicada A1c (%)

Avaliação da Hemoglobina glicada A1c (%)	Idade em anos	Género					Total	
		Feminino		Masculino				
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Inferior a 6%	20 - 29	1	3,70	0	0,00	1	3,70	
	30 - 39	6	22,22	1	3,70	7	25,93	
	40 - 49	4	14,81	4	14,81	8	29,63	
	50 - 59	2	7,41	1	3,70	3	11,11	
	60 ou mais	2	7,41	3	11,11	5	18,52	
	Total	15	55,56	9	33,33	24	88,89	
De 6% a 6,5%	30 - 39	1	3,70	0	0,00	1	3,70	
	50 - 59	1	3,70	1	3,70	2	7,41	
	Total	2	7,41	1	3,70	3	11,11	
Total	17	62,96	10	37,04	27	100,00		

Fonte: questionário aplicado à população alvo

Com os dados recolhidos foi também possível analisar um fator muito importante na avaliação do risco de se vir a desenvolver diabetes do tipo 2, que são os antecedentes familiares (tabela n.º25).

Verifica-se que 55 beneficiários de RSI (48,25%) responderam que têm algum membro da família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticada diabetes do tipo 1 ou diabetes do tipo 2. Destes 32 (28,07%) são do género feminino e 23 (20,18%) são do género masculino.

Cerca de 18 mulheres (15,79%) e 12 homens (10,53%) num total de 26,32%, respondeu que esses familiares a quem foi diagnosticada a doença são os seus pais, os seus irmãos

e irmãs ou os seus próprios filhos, resposta esta que contribui desde logo com um score de 5 para o nível de risco total.

Tabela n.º25 - Distribuição das pessoas abrangidas por género e antecedentes familiares com diagnóstico de diabetes do tipo 1 ou do tipo 2

Tem algum membro da família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes tipo 1 ou tipo 2	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Não	28	24,56	31	27,19	59	51,75
Sim: avós, tias, tios ou primos em 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)	14	12,28	11	9,65	25	21,93
Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos	18	15,79	12	10,53	30	26,32
Total	60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

- Reunião com elementos da Câmara Municipal de São Brás de Alportel, nas pessoas do seu vice-presidente que tem a responsabilidade pelas áreas da saúde, tempos livres e desporto e com a vereadora responsável pelo pelouro da acção social.

Nesta reunião que decorreu nas instalações da UCC Al-Portellus, estiveram presentes além dos elementos do elenco camarário, também os elementos responsáveis da Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de São Brás de Alportel.

Esta reunião serviu para apresentar e divulgar o projeto junto dos responsáveis políticos locais, apresentar a todos as principais conclusões possíveis da fase de diagnóstico, debater as principais necessidades agora identificadas e prioridades de atuação para o futuro. Foi também uma oportunidade para mobilizar estes responsáveis no planeamento das intervenções a implementar e de se estudarem possibilidades de colaboração em parceria otimizando recursos, o que se veio a verificar.

- Reuniões com a nutricionista da UCC Al-Portellus, com o professor de Educação Física da Câmara Municipal de São Brás de Alportel e com o Chefe de cozinha.

Estas foram oportunidades para lhes apresentar o projeto e os seus principais objetivos, mas também para promover o trabalho em parceria no sentido de acrescentar a mais-

valia que cada um representa e assim garantir uma maior eficácia nas intervenções planeadas.

➤ Planeamento e apresentação de sessões de educação para a saúde sobre os temas:

- Alimentação saudável e económica;
- Benefícios da prática de exercício/atividade física regular;
- Consumos aditivos de tabaco e/ou álcool - desvantagens.

A dimensão que a diabetes atinge e a natureza das intervenções que exige aos diversos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, deve implicar uma mudança na organização e na prestação dos cuidados de saúde em Portugal, os quais se baseiam ainda e predominantemente na intervenção em episódios de doença e quando esta se apresenta em fase aguda.

Todos os dados que vão sendo conhecidos referem que a incidência da diabetes tem vindo a aumentar, principalmente nos seus principais subtipos que são a diabetes do tipo 1 e a diabetes do tipo 2, para os quais fatores genéticos e ambientais como a obesidade e o sedentarismo em muito têm contribuído, mesmo e apesar da maior atenção dada ao diagnóstico precoce e aos avanços terapêuticos e farmacológicos que vão sendo entretanto alcançados RAOND (2012).

Ao fazer a definição de prioridades, importa ter em linha de conta que a educação para a saúde deve apresentar-se como aliado forte na prevenção de doença.

Segundo PNPCD (2008) a educação do diabético para a sua doença é uma das principais armas terapêuticas e é considerada na declaração de St. Vicent, um direito de todo o diabético.

É antigo o debate sobre educação para a saúde e uma certa sobreposição com promoção da saúde.

Laverack (2008, p.8) refere que,

“(…) A promoção da saúde descreve uma relação entre o Estado (que regula as oportunidades da saúde), as economias de mercado (que criam as oportunidades

e os riscos da saúde) e os grupos comunitários (que através das escolhas individuais ou da acção coletiva, influenciam o Estado e as economias de mercado, bem como a sua própria saúde)”.

Para o mesmo autor a promoção da saúde inclui a educação para a saúde, sendo que esta promove o aumento da consciência crítica sobre os programas de promoção da saúde.

A educação para a saúde deve ser encarada como um momento determinante para que os indivíduos adquiriram competências que possam ser úteis para adotarem, modificarem ou manterem comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis DGS (2000).

Na perspetiva de Rodrigues, Pereira & Barroso (2005) a educação para a saúde deve ser encarada com sentido pedagógico, didático e de investigação.

Carvalho & Carvalho (2006) defende que é necessário que se faça uma interpretação da cultura dos indivíduos, para que se tenham em conta os conhecimentos que estes indivíduos já detêm, assim como os seus valores e comportamentos atuais. Alerta ainda para que nos processos de educação para a saúde e de forma a torna-la o mais eficaz possível, se deve proceder a uma colheita de dados do utente, da família e da comunidade, para que se perceba o que o utente pretende saber, o que ele pretende aprender e entender a sua motivação e aptidão para aprender.

Desta forma será possível identificar as necessidades de aprendizagem, incentivar e promover a participação do utente no processo de ensino/aprendizagem e ajudar no estabelecimento de prioridades de aprendizagem, tendo em conta alguns dos fatores que influenciam todo o processo de educação.

A educação do diabético na perspetiva de Valongo (1997), não pode ser encarada como um processo global mas sim como um processo específico, especializando-o, e o resultado deve ser o aumento da qualidade de vida do utente, minimizando ou retardamento o aparecimento das complicações crónicas da doença.

A mesma autora refere e reforça que é necessário também ter em atenção que não é possível educar todos por igual, mesmo que as ferramentas sejam universais como são os exemplos do exercício físico ou da alimentação.

Bernardino & Gasparb (2009) defende que a promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular devem ser processos com participação ativa das pessoas, para que se sintam mais envolvidas e de certa maneira se envolvam ainda mais. Também nesta área os enfermeiros desempenham um papel relevante enquanto agentes de mudança e de educadores para a saúde.

Foi feito o planeamento e a preparação de 8 sessões de sensibilização e promoção para a saúde com temas diferentes e replicadas as vezes necessárias para abranger toda a população, o que se traduziu em 40 períodos distintos, com início previsto para as 9 horas, 11 horas e 14 horas e tempos médios de 60 a 90 minutos cada período.

Este planeamento foi feito de acordo com as características da população e de forma a abranger os 92 beneficiários de RSI que se disponibilizaram para integrar o grupo das ações de sensibilização sobre hábitos de vida saudáveis, os recursos materiais e humanos disponíveis assim como o tempo limitado de execução. Destes 92 beneficiários 53 (57,61%) são do género feminino e 39 (42,39%) do género masculino.

As primeiras 5 sessões decorreram nas instalações da UCC Al-Portellus em São Brás de Alportel.

A primeira sessão decorreu nos dias 28 e 29 de Novembro de 2011 e os primeiros 30 minutos foram para apresentar a todos os beneficiários presentes as principais conclusões possíveis da fase de diagnóstico, o que ainda não tinha sido possível até ao momento.

Os segundos 30 minutos da sessão serviram para debater com os presentes as principais necessidades identificadas bem como as prioridades de atuação, tendo sido esta uma oportunidade para apresentar o planeamento das atividades propostas e também para mobilizar os presentes a aderirem às atividades.

Os 30 minutos seguintes foram utilizados para integração ao tema da “Alimentação saudável e económica”, com perguntas abertas e debate sobre gostos e práticas alimentares no grupo. Seguidamente foi feita uma abordagem aos “Princípios para uma Alimentação Saudável” da DGS (2005).

A segunda sessão decorreu nos dias 05 e 06 de Dezembro de 2011 e contou com a colaboração da nutricionista da UCC Al-Portellus. Nesta sessão começou por ser feita

uma apresentação sobre a importância de uma alimentação saudável e adequada dos bebés, sendo depois dada continuidade à alimentação de toda a família, desde os mais novos em idade escolar e de desenvolvimento acentuado, passando pelos adultos na fase mais ativa do seu ciclo de vida, até aos mais idosos com necessidades alimentares diferentes pela sua condição.

Ao longo de toda a sessão foi sendo realçada a importância de pelo menos as principais refeições do dia, serem confecionadas e depois ingeridas contando com a participação de todos os elementos do agregado familiar, uma vez que estes comportamentos servem para criar laços afetivos mais fortes entre os elementos.

Na terceira sessão que decorreu nos dias 12 e 13 de Dezembro de 2011 e voltou a contar com a colaboração da nutricionista da UCC Al-Portellus, foi realçada a importância e a possibilidade de se conseguir fazer uma alimentação saudável e de forma económica. Ao longo desta sessão foram sendo dados diversos exemplos de carácter prático de como fazer uma alimentação saudável e variada utilizando para isso poucos recursos económicos.

Uma alimentação saudável é certamente um ponto a favor de uma melhor qualidade de vida, seja qual for a etapa do ciclo de vida do indivíduo.

A quarta sessão que decorreu nos dias 19 e 20 de Dezembro de 2011 teve como tema principal prevenir e diminuir o tabagismo. Nesta sessão foram debatidos os malefícios do uso do tabaco o qual está associado a múltiplas patologias, nas substâncias encontradas no fumo e o risco que é tanto maior quanto mais cedo o indivíduo começar a consumir e quanto maior for o período de consumo.

Foi colocado o enfoque nas vantagens de ser não fumador, pelo que foi reforçada a autoconfiança e a motivação para os fumadores refletirem sobre as vantagens de deixar de fumar e aceitarem entrar num processo de desabituação tabágica e neste aspeto foi referida a existência e funcionamento de uma consulta de cessação tabágica.

Na quinta sessão que decorreu nos dias 09 e 10 de Janeiro de 2012, o tema principal foi a prevenção e a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas. O consumo de bebidas alcoólicas de forma desadequada, principalmente as designadas bebidas brancas, têm vindo a crescer na nossa sociedade. Este crescimento tem sido sinalizado principalmente

em idades cada vez mais precoces - pré adolescência e também no género feminino. Nesta sessão foram debatidos alguns dos efeitos maléficos do consumo em excesso de bebidas alcoólicas, como os acidentes de viação ou a violência doméstica associada ao álcool, mas foram também apresentadas e discutidas em grupo algumas ideias do senso comum, sobre as quais se produziram conclusões sobre a veracidade ou não em termos racionais e clínicos.

A sexta e a sétima sessão decorreram nas instalações da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de São Brás de Alportel, nos dias 17, 20, 24 e 27 de Janeiro de 2012, em 8 períodos distintos, com início previsto para as 9 horas e 11 horas e tempos médios de duração de 60 a 90 minutos cada período.

Estas sessões contaram com a colaboração do professor de Educação Física da Câmara Municipal de São Brás de Alportel, que acrescentou ao projeto as mais-valias dos seus conhecimentos.

A sexta sessão foi de carácter mais teórico com referência a alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares e outras como estados depressivos, às quais está associado o sedentarismo, a inatividade física, ou uma diminuta prática de exercício físico. Esta inatividade traz consigo riscos associados a patologias cujo impacto poderá ser minimizado se for mantido um nível de atividade física regular e adequado a cada indivíduo.

Foi reforçado o papel que a atividade física pode ter na prevenção de doenças crónicas como a diabetes, a hipertensão arterial e a obesidade, na melhoria do sono, na melhoria da capacidade respiratória, na melhoria da autoestima, nos efeitos positivos para lidar com o *stress* e como uma forma de se manterem relações sociais saudáveis, o que ajuda também na manutenção de uma vida social ativa.

Foram também apresentadas várias sugestões de exercício físico adaptado às capacidades individuais de cada um, o qual necessita apenas de alguma imaginação e de muita vontade, como são os exemplos da dança e de ir às compras evitando a distância mais pequena.

Para a sétima sessão foi preparado um programa de exercícios básicos para os participantes, os quais para além dos exercícios de aquecimento inicial e de relaxamento

no fim, incluíram jogos e atividades a necessitar de resolução em grupo, o que teve a mais-valia de promover relações sociais saudáveis.

Para terminar este ciclo de sessões de sensibilização sobre hábitos de vida saudáveis foi planeada uma oitava sessão, para os dias 26 e 27 de Janeiro, de carácter teórico-prático e que contou com a colaboração de um Chefe de cozinha, que nos brindou com uma mostra de como confeccionar refeições económicas utilizando os alimentos mais saudáveis e mais baratos da época. Esta última sessão decorreu nas instalações do Mercado de São Brás de Alportel e no foi distribuído um folheto com as receitas acabadas de praticar. (APÊNCICE VII).

5.2 - METODOLOGIAS

O planeamento em saúde é imprescindível na tomada de decisão e deverá funcionar como um processo que integra o conhecimento do contexto e uma racionalização na gestão de recursos humanos, físicos e financeiros necessários para que se possam atingir os objetivos estabelecidos.

Este processo partindo de uma entre várias alternativas, deve estar voltado para o futuro tendo em consideração a dinâmica e a continuidade.

O projeto realizado teve por base o planeamento em saúde numa perspetiva populacional, ou seja, esta população alvo foi o principal objeto do planeamento, e foi tentada uma abordagem pragmática fundamentalmente participativa.

O projeto foi delineado como um conjunto de atividades a desenvolver num determinado período limitado de tempo, com vista a atingir um resultado específico e contribuir para a execução do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes e do Plano Nacional de Saúde.

Tavares (1990) entende o planeamento em saúde enquanto processo contínuo que deve obedecer a seis etapas, em que a primeira é o diagnóstico da situação, que permite identificar os principais problemas e necessidades, e neste caso tem que ver com o

problema crescente da diabetes do tipo 2 e com a necessidade de minimizar os problemas de saúde inerentes à evolução desta doença, para isso é necessário identificar os problemas existentes na população em estudo e saber a evolução prognóstica dos problemas prevendo os efeitos desses problemas na população.

Uma segunda etapa que é a determinação de prioridades, e nesta etapa são selecionadas as prioridades de acordo com os problemas a solucionar primeiro, tendo por base a gravidade dos problemas, a disponibilidade de recursos e a aceitabilidade do projeto.

Em terceiro a fixação de objetivos de forma correta contendo critérios de apreciação, os quais deveram ajudar a apreciar o grau de sucesso do projeto e mensagens sobre comportamentos desejáveis relativamente à população alvo.

A seleção de estratégias é outra das etapas do planeamento em saúde e surge após a fixação dos objetivos, pelo que se pretende nesta etapa propor formas de atuação com a finalidade de atingir os objetivos propostos. Para tal é necessário que sejam selecionadas as estratégias mais adequadas tendo em conta os recursos físicos e financeiros disponíveis.

Em quinto surge a preparação operacional com a especificação das atividades, para as quais deve ficar estabelecido quem as vai implementar, quando, onde, como, qual o objetivo que pretende atingir e de que forma será feita a avaliação dessa atividade. A preparação operacional que se executa na elaboração de programas e projetos, tem como principal objetivo preparar a execução do projeto, isto é, o estudo das atividades necessárias à execução total ou parcial de uma determinada estratégia, com a finalidade de atingir um ou mais objetivos.

Nesta fase é feito um estudo detalhado das atividades para uma determinada estratégia com vista ao atingir de um determinado objetivo. Consideram-se nesta fase segundo Tavares (1990), elementos como a população alvo já fixada, a fixação de objetivos operacionais ou metas, o estudo dos custos e o seu financiamento, assim como a acessibilidade da população, os contextos económicos, individuais, sociais e culturais, onde se pretende desenvolver determinada atividade. Ainda nesta etapa considera-se a preparação da execução, a qual segundo Imperatori e Geraldés (1993), é extremamente importante para o bom êxito de um programa ou projeto. Nesta fase define-se os

calendários e cronogramas de execução, os responsáveis pelo seu acompanhamento e qual a responsabilidade de execução de cada uma das entidades envolvidas.

Finalmente surge a avaliação como etapa final do planeamento em saúde, em que é feita a identificação dos principais indicadores de controlo e sugerida a adoção de medidas corretivas para futuro.

Este projeto de intervenção comunitária teve como guia orientador esta metodologia do planeamento em saúde.

5.3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

As principais estratégias acionadas neste projeto assentam na prevenção primária da diabetes, através de uma redução dos fatores de risco conhecidos, de forma a incidir sobretudo nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença, mas também na prevenção secundária, através da aplicação da 'Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do Tipo 2' e do 'Questionário Individual' como preconizado no PNPCD (2008).

Foram desenvolvidas ações específicas com a população alvo, em que a educação para a saúde foi acionada tendo como objetivo diminuir a prevalência de fatores de risco como os hábitos alimentares desadequados, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, aumentando desta forma os fatores de proteção como a alimentação saudável e a prática de exercício físico, em suma estilos de vida que os beneficiários pudessem apresentar como mais adequados, mas também como um reforço pela positiva para aquelas pessoas que apresentavam ausência de risco, ou um risco mais baixo, entendendo-se que estes podem funcionar como veículos de influência positiva nas suas casas, junto das suas famílias e da comunidade em que estão inseridas.

As estratégias de intervenção foram desenvolvidas num quadro de melhoria contínua da qualidade visando quer a identificação e o acompanhamento dos beneficiários portadores de fatores de risco, quer também na melhoria da prática profissional tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde.

Foi disponibilizada informação aos beneficiários e contou-se com a colaboração de outros intervenientes com já referido.

Foi usada prioritariamente uma metodologia expositiva-participativa.

A abordagem mais adequada para se conseguir travar a evolução de uma doença crónica como a diabetes tipo 2, tem de ser assente numa perspetiva preventiva, a qual terá necessariamente de integrar a educação para a saúde para potenciar as intervenções de prevenção da doença e de promoção da saúde DGS (2000).

Todo o tempo de contacto com os beneficiários mesmo durante a fase de diagnóstico foi rentabilizado no sentido de esclarecer quaisquer dúvidas que os utentes apresentassem no âmbito do processo saúde/doença.

Na implementação das estratégias que passaram por parcerias e pelas sessões de sensibilização, para além da informação disponibilizada aos beneficiários, foi também dada atenção à necessidade de melhorar o diagnóstico da diabetes tipo 2, a qual continua em muitas situações a manifestar-se e a progredir sem que os indivíduos tenham conhecimento RAOND (2012).

Entendeu-se pertinente a implementação deste projeto de intervenção comunitária como forma de promover a adoção por parte de cada um dos beneficiários de RSI de hábitos alimentares saudáveis, de prática de exercício/atividade física regular e de promover a diminuição de consumo de tabaco e de álcool.

As parcerias conseguidas foram uma das estratégias que veio acrescentar mais valor a este projeto de intervenção.

5.4 - RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Os recursos envolvidos foram:

Humanos: 1 Enfermeiro, 1 Nutricionista, 1 Professor de Educação Física, 1 Chefe de Cozinha e 2 Técnicos de Serviço Social;

Materiais e físicos: Resma de papel A4, Computador com ligação de internet, Impressora, Fotocopiadora, Toner para fotocopiadora, Tinteiros para impressora, Canetas, Lápis, Data-Show, Fita métrica (tipo alfaiate), Balança com possibilidade de avaliar a altura, Glucómetros aferidos, Tiras de glicose adequadas aos glucómetros, Células de avaliação de hemoglobina glicada, Aparelho aferido para monitorização de hemoglobina glicada, Lancetas individuais cor rosa, Contentor de cortantes tamanho médio, Luvas latex tamanho grande, Esfigmomanómetro digital aferido, Sala devidamente equipada - tipo gabinete, Sala adequada para sessões de educação para a saúde - tipo sala de reuniões, Sala adequada para alguma atividade física - tipo pavilhão, Sala adequada para a realização de atividades práticas de confeção de refeições - tipo espaço com bancada, Alimentos da época.

5.5 - CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Como já foi referido ao longo deste relatório, foram várias as entidades envolvidas neste projeto:

- Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de São Brás de Alportel - autorização, divulgação e contacto com os beneficiários, colaboração na implementação do projeto;
- Câmara Municipal de São Brás de Alportel, nas pessoas do seu vice-presidente que tem a responsabilidade pelas áreas da saúde, tempos livres e desporto e com a vereadora responsável pelo pelouro da acção social - divulgação e colaboração na implementação do projeto com patrocínio na aquisição dos alimentos e preparação do espaço do Mercado Municipal, assim como na cedência do professor de educação física;
- Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de São Brás de Alportel - cedência de instalações - pavilhão;

- UCC Al-Portellus - autorização, divulgação e cedência da nutricionista, de material de uso clínico e de instalações, bem como colaboração na implementação do projeto;
- UCC Faro - cedência de data-show.

5.6 - ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

As intervenções desenvolvidas contaram com a colaboração de várias entidades e parceiros como vem sendo referido ao longo deste relatório, algumas assumiram mesmo a despesa com a aquisição de alguns produtos consumíveis, de material de uso clínico e de alimentos para confeccionar, entre outros.

De qualquer forma é apresentada uma proposta de orçamento para os custos associados (tabela n.º 26).

Tabela n.º26 - Proposta de Orçamento

Itens / Recursos a serem financiados:	Valor em €:
Enfermeiro	1200,00
Nutricionista	300,00
Professor de Educação Física	200,00
Chefe de Cozinha	200,00
Tec. Assistente Social	400,00
Materiais consumíveis	250,00
Materiais de consumo clínico	350,00
Alimentos para cozinhar	100,00
Apoios Técnicos	200,00
Total	3200,00

Fonte: Autor

5.7 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma com as atividades planeadas a implementar foi cumprido na sua íntegra e nas datas previstas (APÊNDICE VIII).

6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é a última etapa de um projeto de acordo com a metodologia do planeamento em saúde.

Nesta etapa são trabalhados os dados e feita uma análise aos resultados obtidos de acordo com os diagnósticos prioritários e respetivos objetivos, os quais servem de padrão, de modo a corrigir/alterar o processo de planeamento.

A avaliação é efetuada com o objetivo de melhorar a eficácia na relação entre objetivos/atividades, recursos utilizados/previstos e a eficiência do que se faz, objetivos atingidos, recursos utilizados e as atividades realizadas.

Neste sentido serão analisados os dados respeitantes ao número de pessoas que aderem às atividades e o número de pessoas identificadas com os diferentes níveis de risco de desenvolverem diabetes do tipo 2 num espaço temporal de 2 a 10 anos.

6.1 - AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

O projeto intitulado “*Risco de diabetes tipo 2 na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel*”, foi planeado de acordo com alguns objetivos, nomeadamente:

- ❖ **Objetivo geral:** Diminuir o risco de diabetes do tipo 2, na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel.
- ❖ **Objetivos específicos:**
 - ✓ Avaliar o risco de vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos;

- ✓ Implementar ações de sensibilização sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente: Alimentação saudável e económica; Prática de exercício/atividade física regular; Consumos aditivos de tabaco e de álcool - desvantagens.

Estes objetivos começaram a ser atingidos desde logo ao estabelecer a caracterização geral da população alvo:

- ☞ Total da população alvo 114 indivíduos, dos quais 60 (52,63%) do género feminino e 54 (47,37%) do género masculino;
- ☞ A maioria 83 (72,81%) com idade superior a 20 e inferior a 50 anos;
- ☞ 51 indivíduos (44,74%) são casados;
- ☞ Relativamente à nacionalidade 105 (92,11%) pessoas são;
- ☞ Foi possível apurar que a maioria 78 beneficiários (68,42%) vivem em famílias nucleares ou monoparentais;
- ☞ 61 (53,51%) beneficiários vivem em agregados constituídos entre quatro e seis pessoas;
- ☞ Relativamente à situação profissional atual, foi possível apurar que 74 (64,91%) pessoas estavam desempregadas e tinham mais de 30 anos, verificando-se ainda que 54 (55,67%) pessoas estavam desempregadas há mais de 3 anos ou não sabiam há quanto tempo estavam desempregadas;
- ☞ Constatou-se que 65 (57,02%) pessoas recebiam a prestação de RSI há mais de doze meses;
- ☞ Sobre as habilitações verificou-se que 33 (28,95%) pessoas têm pouca ou nenhuma habilitações literárias pois não chegam a ter o ensino primário completo.

Depois da caracterização geral da população alvo, para atingir o objetivo de avaliar o risco individual de virem a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos, foi aplicada a “Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do tipo 2” como previsto no PNPCD (2008), a todos os

beneficiários de RSI do concelho de São Brás de Alportel, com idade superior a 18 anos, sem diagnóstico anterior de diabetes e na situação de desemprego ou com ocupação a tempo parcial, do que resultou um total de 114 indivíduos.

Verificou-se o risco que cada beneficiário tinha de vir a desenvolver diabetes do tipo 2 num período compreendido entre 2 a 10 anos, e no momento em que foi preenchida:

- ☞ Foram detetados 6 (5,26%) beneficiários com um nível de risco superior a 20 ou muito alto, para o qual se calcula que uma em cada duas pessoas desenvolverá diabetes do tipo 2 num período entre 2 e 10 anos e 19 (16,67%) beneficiários com um nível de risco alto compreendido ente 15 e 20, para o qual se qual se calcula que uma em cada três pessoas desenvolverá diabetes do tipo 2 num período entre 2 e 10 anos.

Os fatores de risco conhecidos para a diabetes do tipo 2 podem-se apresentar como genéticos, de risco pelo estado fisiológico do indivíduo, ou de risco pelos fatores ambientais dos quais fazem parte a dieta do indivíduo, o clima da sua zona de residência, a sua atividade profissional ou os seus padrões de vida.

- ☞ Relativamente aos fatores genéticos foi possível verificar que 30 (26,32%) pessoas têm entre os seus pais, irmãos ou filhos alguém a quem já foi ou está diagnosticada diabetes;
- ☞ Sobre o estado fisiológico dos indivíduos da população alvo, foi possível verificar para além da idade como já referido na caracterização da população, os valores de IMC que demonstraram que 36 (31,58%) indivíduos se apresentam com valores de mais de 30 Kg/m²;
- ☞ Os resultados da monitorização da pressão arterial também permitem avaliar parte do estado fisiológico, e verificou-se que 5 (4,39%) pessoas apresentaram pelo menos um valor de pressão arterial classificado como hipertensão arterial estágio 2; observou-se também que 16 (14,04%) pessoas tomam ou já tomaram regularmente algum medicamento para a hipertensão arterial;
- ☞ Depois de monitorizados os valores de colesterol no sangue observa-se que 54 (47,37%) indivíduos têm valores acima do valor de referência que são os 190 mg/dl;

- ☞ Ao monitorizar os valores de glicemia capilar em jejum detetaram-se 4 (3,51%) pessoas com valores superiores aos 126 mg/dl de referência; foi também possível apurar que 13 (11,40%) das pessoas já alguma vez tiveram açúcar elevado no sangue durante uma gravidez, durante um período de doença ou num exame de saúde;
- ☞ Quando se avaliaram os riscos provocados pelos fatores ambientais ou padrões de vida, verificou-se que apenas 18 (15,79%) beneficiários comem vegetais e/ou fruta todos os dias; apenas 37 (32,46%) beneficiários praticam diariamente atividade física durante pelo menos 30 minutos; 46 (40,35%) pessoas fumam diariamente e 20 (17,54%) pessoas referiram consumir bebidas alcoólicas todos os dias.

Nesta fase estava atingido o primeiro objetivo específico “Avaliar o risco de vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos”.

Foi este o ponto de partida que proporcionou uma adequação das estratégias mobilizadas para atingir o outro objetivo específico “Implementar ações de sensibilização sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente: Alimentação saudável e económica; Prática de exercício/ atividade física regular; Consumos aditivos de tabaco e de álcool - desvantagens.

Nas sessões de sensibilização participaram 92 beneficiários de RSI, 53 (57,61%) do género feminino e 39 (42,39%) do género masculino, os quais se disponibilizaram para integrar o grupo das ações de sensibilização sobre hábitos de vida saudáveis.

Foram propostas 4 sessões de sensibilização sobre “**Alimentação saudável e económica**”, 3 teóricas e 1 teórico-prática. (APÊNDICE IX).

Para avaliação foram estabelecidos alguns indicadores de acordo com o número de sessões planeadas e as efetivamente realizadas e de acordo com o número de beneficiários da população alvo e os presentes.

☞ **Indicadores de atividade das sessões teóricas:**

Nº de sessões teóricas sobre “Alimentação saudável e económica” realizadas x 100

Nº de sessões teóricas sobre “Alimentação saudável e económica” previstas

✓ Resultado: $3 / 3 * 100 = 100\%$

Nº de presentes na 1ª sessão teórica sobre “Alimentação saudável e económica” x 100
Nº de convocados para a 1ª sessão teórica sobre “Alimentação saudável e económica”

✓ Resultado: $92 / 92 * 100 = 100\%$

Nº de presentes na 2ª sessão teóricas sobre “Alimentação saudável e económica” x 100
Nº de convocados para a 2ª sessão teórica sobre “Alimentação saudável e económica”

✓ Resultado: $79 / 92 * 100 = 85,87\%$

Nº de presentes na 3ª sessão teóricas sobre “Alimentação saudável e económica” x 100
Nº de convocados para a 3ª sessão teórica sobre “Alimentação saudável e económica”

✓ Resultado: $78 / 92 * 100 = 84,78\%$

☞ **Indicadores de atividade da sessão teórico-prática:**

Nº de sessões teórico-prática sobre Alimentação saudável e económica realizadas x 100
Nº de sessões teórico-práticas sobre Alimentação saudável e económica previstas

✓ Resultado: $1 / 1 * 100 = 100\%$

Nº de presentes na sessão teórico-prática sobre Alimentação saudável e económica x100
Nº de convocados para sessão teórico-prática sobre Alimentação saudável e económica

✓ Resultado: $54 / 92 * 100 = 58,70\%$

Foram propostas 2 sessões de sensibilização sobre “**Prática de exercício/atividade física regular**”, 1 teórica e 1 teórico-prática. (APÊNDICE X).

Para avaliação foram também estabelecidos alguns indicadores de acordo com o número de sessões planeadas e as efetivamente realizadas e de acordo com o número de beneficiários da população alvo e os presentes.

☞ **Indicadores de atividade da sessão teórica:**

Nº de sessões teóricas sobre Prática de exercício físico regular realizadas x 100

Nº de sessões teóricas sobre Prática de exercício físico regular previstas

✓ Resultado: $1 / 1 * 100 = 100\%$

Nº de presentes na sessão teórica sobre Prática de exercício físico regular x 100

Nº de convocados para a sessão teórica sobre Prática de exercício físico regular

✓ Resultado: $63 / 92 * 100 = 68,48\%$

☞ **Indicadores de atividade da sessão teórico-prática:**

Nº de sessões práticas sobre Prática de exercício físico regular realizadas x 100

Nº de sessões teórico-práticas sobre Prática de exercício físico regular previstas

✓ Resultado: $1 / 1 * 100 = 100\%$

Nº de presentes na sessão prática sobre Prática de exercício físico regular x 100

Nº de convocados para a sessão prática sobre Prática de exercício físico regular

✓ Resultado: $54 / 92 * 100 = 58,70\%$

Foram ainda propostas 2 sessões teóricas de sensibilização sobre “**Consumos aditivos de tabaco e de álcool - desvantagens**”. (APÊNDICE XI).

Para avaliação foram também estabelecidos alguns indicadores de acordo com o número de sessões planeadas e as efetivamente realizadas e de acordo com o número de beneficiários da população alvo e os presentes.

☞ **Indicadores de atividade da sessão teórica sobre “Consumos aditivos de tabaco - desvantagens”:**

Nº de sessões sobre “Consumos aditivos de tabaco - desvantagens” realizadas x 100

Nº de sessões sobre “Consumos aditivos de tabaco - desvantagens” previstas

✓ Resultado: $1 / 1 * 100 = 100\%$

Nº de presentes na sessão sobre “Consumos aditivos de tabaco - desvantagens” x 100

Nº de convocados para a sessão “Consumos aditivos de tabaco - desvantagens”

✓ Resultado: $73 / 92 * 100 = 79,35\%$

☞ **Indicadores de atividade da sessão teórica sobre “Consumos aditivos de álcool - desvantagens”:**

Nº de sessões sobre “Consumos aditivos de álcool - desvantagens” realizadas x 100

Nº de sessões sobre “Consumos aditivos de álcool - desvantagens” previstas

✓ Resultado: $1 / 1 * 100 = 100\%$

Nº de presentes na sessão sobre “Consumos aditivos de álcool - desvantagens” x 100

Nº de convocados para a sessão “Consumos aditivos de álcool - desvantagens”

✓ Resultado: $72 / 92 * 100 = 78,26\%$

Esta avaliação dos objetivos permitiu concluir que as pessoas que participaram nas sessões as acharam muito interessantes e úteis para o seu dia-a-dia.

No final de cada sessão era feita a avaliação da mesma perguntando o que achavam acerca dos conteúdos e metodologias utilizadas. Os presentes foram da opinião de que eram adequadas e lhes permitiam clarificar determinados aspetos, reforçando o interesse dos mesmos.

6.2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Para além dos indicadores anteriormente referidos, o programa, as estratégias e as intervenções foram também sendo avaliadas permitindo fazer gradualmente uma avaliação da implementação do próprio programa.

As estratégias previstas foram de acordo com o calendário e o cronograma estabelecido, totalmente implementadas e os responsáveis pela sua implementação, colaboração e acompanhamento, demonstraram grande empenho e responsabilidade na execução de cada uma das atividades.

A avaliação relativa à implementação do programa pode ser feita de acordo com os resultados que eram esperados inicialmente. Relativamente a este ponto, era esperado que os beneficiários de RSI aderissem à aplicação da “Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do tipo 2” e do “Questionário Individual”, o que se confirmou pela vinda de 100% dos indivíduos que cumpriam os critérios estabelecidos.

Ficamos desta forma a saber quem são as pessoas em risco de virem a desenvolver a doença num curto e médio prazo, assim como os principais fatores de risco que apresentavam na altura.

Relativamente às sessões de educação para a saúde tendo em vista diminuir o risco de diabetes do tipo 2 na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel, elas foram planeadas e implementadas de acordo com a informação disponível e para que cada beneficiário ficasse detentor da informação prioritária para que na altura da sua tomada

de decisão, esta seja consciente e o mais adequada possível, para que além de contribuir para uma melhor qualidade de vida do individuo prolongando o seu tempo livre de doença, possa contribuir para diminuir a incidência e a prevalência desta doença nesta população.

Era também expectável que viesse a existir uma aquisição de competências e hábitos de vida saudável por parte das pessoas alvo do projeto, baseada numa abordagem feita pelo “*empowerment*”, promovendo desta forma a autorresponsabilização do beneficiário de RSI na promoção da sua saúde.

Estava também proposto que viesse a existir um envolvimento com entidades da comunidade, de forma a se conseguirem estabelecer parcerias com a finalidade de reunir e consciencializar os diferentes responsáveis na comunidade para um problema crescente na nossa sociedade, e que tem que ver com os hábitos alimentares, com o exercício físico e com hábitos de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas.

De referir ainda que no final de todas as sessões foi feito um debate sobre os temas tratados e verificou-se que a maior parte dos presentes tinha sempre alguma informação ou experiência para partilhar ou mesmo dúvida para esclarecer, demonstrando um elevado grau de participação ativa nas sessões.

Uma das finalidades da avaliação é que possa produzir sugestões para o futuro, de acordo com este preceito, a sugestão que fica é a de que projetos desta natureza tendo em vista a adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, de promoção da saúde e prevenção da doença são essenciais e devem contar com o envolvimento de vários parceiros da comunidade e a participação ativa da população nas questões que dizem respeito à sua saúde.

6.3 - DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

A avaliação intermédia foi sendo realizada de forma constante através da avaliação do comportamento da população alvo e das reuniões com os diferentes parceiros da comunidade.

A informação vinda do grupo permitia perceber que a linguagem utilizada nas sessões estava a ser perceptível para todos os participantes, existindo um ou outro elemento com dificuldades visuais ou auditivas que eram orientados para as cadeiras da frente durante as sessões teóricas.

De lembrar que as atividades estavam a ser desenvolvidas ao nível da prevenção primária, que se destina a indivíduos suscetíveis à doença mas que ainda não têm a patologia detetável.

O que era perceptível é que este risco de vir a desenvolver diabetes do tipo 2 pode estar a ser subavaliado pelas pessoas. O risco é uma probabilidade aumentada de determinado acontecimento ocorrer e é conhecido que este risco está associado à prevenção, prevenção esta que em termos de saúde está associada aos estilos de vida e à promoção e educação para a saúde, se acrescentarmos a tudo isto que a carência de recursos económicos está interligada com a falta de saúde, em especial se associarmos o desemprego ao aumento do consumo de álcool, tabaco, alimentos ricos em açúcar e gordura pode daqui resultar um potencial aumento de doenças crónicas como a diabetes, a obesidade, a hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares.

Mesmo com a informação disponibilizada ao longo das sessões de educação para a saúde, e apesar de cada vez mais as pessoas se envolverem com as mensagens passadas relativamente aos estilos de vida, os quais têm influência sobre o seu estado de saúde, a verdade é que depois existem dificuldades e impedimentos ao nível económico, social, cultural ou do ambiente que não permitam que estas pessoas consigam colocar em prática todos estes conhecimentos adquiridos.

Da reflexão feita com os diferentes intervenientes ressalta a pertinência dos temas tratados e a adequada mobilização de estratégias neste projeto de intervenção comunitária.

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

No código deontológico do enfermeiro¹, especificamente no artigo 80.º, é referido **do dever para com a comunidade**, que 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 conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e de colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Neste caso enquanto enfermeiro estive disponível e motivado para implementar ou colaborar na implementação de várias estratégias do PNPCD (2008) e no PNS 2004-2010, nomeadamente na promoção de estilos de vida saudável e na realização de rastreios entre os grupos de risco acrescido de desenvolvimento e de diagnóstico da diabetes do tipo 2.

Todo o projeto desenvolvido teve em atenção as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011), como se tem constatado ao longo do presente relatório.

Nomeadamente, ao estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde, tendo elaborado o diagnóstico de saúde de uma comunidade, o que permitiu estabelecer prioridades em saúde, objetivos e estratégias de acordo com as necessidades que foram identificadas. Foram reunidos os recursos possíveis e realizadas avaliações periódicas no decurso do projeto e também no final, de forma a melhor compreender a realidade e a obter e potenciar os ganhos em saúde para os beneficiários.

¹ SECÇÃO II, Do código deontológico do enfermeiro, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Pretendeu-se implementar atividades e estratégias ou programas de intervenção delineadas para estas pessoas, de modo a promover uma adequação a estilos de vida mais saudáveis e à obtenção de uma melhor qualidade de vida, tendo sempre em atenção e preocupação que as intervenções funcionassem também como uma forma de inclusão destas pessoas, que muitas vezes manifestam um sentimento de serem discriminadas pela restante comunidade.

Saliente-se a componente de carácter prático, embora também teórico em especial na fase inicial de conceção e delineamento do projeto e dos objetivos propostos, no estabelecer de parcerias com outras entidades da comunidade ou na preparação das sessões de educação para a saúde, sempre tendo em vista uma melhor e mais eficaz intervenção junto da população alvo.

Desta forma penso ter conseguido implementar um projeto de intervenção comunitária adequado à população e aos objetivos.

De referir os contributos para o processo de capacitação de grupos e comunidades, diagnosticando problemas e fatores de risco de saúde desta comunidade específica. Foram mobilizados parceiros da comunidade para colaborarem no projeto e na resolução de alguns dos problemas identificados. Foi planeado e implementado um projeto de intervenção comunitária que integrou conhecimentos de enfermagem, de educação e comunicação nos processos de participação e mobilização comunitária.

Foram delineados ao longo do decurso deste projeto diversas estratégias e atividades mobilizando competências e recursos humanos e materiais necessários à sua concretização. Destacam-se a colaboração prestada pela assistente social e pela psicóloga da Equipa de Protocolo do Rendimento Social de Inserção do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta e Câmara Municipal de São Brás de Alportel, mas também a colaboração prestada pela nutricionista, pelo professor de educação física e pelo chefe de cozinha, os quais vieram enriquecer muito o projeto com a sua presença nas sessões e nas atividades desenvolvidas, o que facilitou a concretização dos objetivos propostos inicialmente.

Outra competência desenvolvida foi a de integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, através da conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção agora

alvo de relatório, cuja problemática está presente no Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes do Plano Nacional de Saúde.

Foram identificados e monitorizados os resultados obtidos com a implementação das atividades planeadas, e analisado o seu impacto na comunidade de forma a maximizar a obtenção de ganhos em saúde dos indivíduos, das famílias, da população alvo e da comunidade em que está inserida.

8 - CONCLUSÃO

O relatório agora apresentado intitulado “*Risco de diabetes tipo 2 na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel*”, concretiza de forma adequada o que pretendi e consegui desenvolver ao longo do Estágio Final de Intervenção Comunitária e também do Ensino Clínico de Intervenção Comunitária.

De acordo com o objetivo geral inicialmente proposto “Diminuir o risco de diabetes do tipo 2, na população beneficiária de RSI de São Brás de Alportel” e com os objetivos específicos “Avaliar o risco de vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos” e “Implementar ações de sensibilização sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente: Alimentação saudável e económica, Prática de exercício / atividade física regular, Consumos aditivos de tabaco e de álcool - desvantagens”, pretendeu-se ao longo de todo o projeto informar, refletir e sensibilizar estas pessoas beneficiárias de RSI, no sentido de desenvolver com elas algumas atividades e intervenções que estabeleceram como prioridades a promoção e a adequação a estilos de vida mais saudáveis com reflexos numa melhor qualidade de vida.

Realizaram-se ao longo deste projeto 40 sessões com os beneficiários, das quais 20 sobre alimentação saudável e a baixo custo, em que 2 foram práticas de cozinha e confeção de refeições, 12 sobre promoção da diminuição de consumos aditivos de álcool e tabaco, e 8 sobre a importância da prática de exercício físico regular.

Pretendeu-se que as sessões sobre alimentação saudável a baixo custo e sobre a importância do exercício físico regular fossem enriquecidas com exemplos práticos e mesmo com a participação real dos beneficiários, o que resultou numa maior motivação e participação por parte dos mesmos.

Refletiu-se sobre a importância de alterar os hábitos e comportamentos, pelo menos enquanto duravam as sessões, o que revela pelo nível de participação e interação que estes beneficiários reconhecem as vantagens em adotar estilos de vida mais saudáveis

no seu dia-a-dia, fator importante para diminuir a incidência e a prevalência de doenças crónicas como a diabetes tipo 2, bem como das suas complicações.

Salienta-se que as estratégias e atividades previstas e realizadas ao longo deste estágio final assentaram na prevenção primária da diabetes, uma vez que se pretendia uma redução dos fatores de risco conhecidos, incidindo sobretudo nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença.

As parcerias estabelecidas e a facilidade na sua concretização refletem a pertinência do projeto, dos objetivos propostos e das atividades programadas, o que no seu conjunto revela também capacidade de inovar, de trabalhar em equipa, sempre com sentido crítico e reflexivo reunindo competências e conhecimentos necessários a uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

Foi proposta a realização de intervenções adequadas junto de uma população que tem carências monetárias, mas que também tem grandes necessidades de acompanhamento, prevenção e promoção em saúde.

Revelou-se um trabalho intenso e ambicioso atendendo às intervenções que foram propostas realizar e ao tempo limitado, tendo sido necessário adequar e permanecer muito mais horas no local de estágio do que aquelas que estavam inicialmente previstas, mas valeu certamente a pena. Fica o desejo que este projeto possa ser implementado noutras populações.

Este projeto permitiu-me continuar a refletir sobre as temáticas em estudo, nomeadamente a diabetes tipo 2 e a situação de dificuldade económica, a qual pelas notícias que vão sendo conhecidas está a afetar cada vez mais pessoas, o que leva à necessidade de se irem adequando as estratégias e atividades às realidades de cada momento.

O atual contexto social e económico leva a uma crescente necessidade de investimento nos cuidados de saúde primários e destes nos grupos mais vulneráveis, como o são as pessoas carenciadas economicamente.

Considera-se que foram atingidas de forma bastante satisfatória as metas propostas, tendo-se cumprido sempre as intervenções planeadas não obstante algumas adaptações tidas por necessárias atendendo à especificidade de algumas intervenções, tendo sido

feita uma gestão destas situações de forma a não prejudicar o serviço, o projeto e a vida das pessoas que participaram, com uma organização atempada e metódica, visando o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Promoveu-se uma constante atualização dos conhecimentos científicos, procurei uma atualização constante para melhor responder às necessidades sentidas ou que se previam vir a existir. Como profissional mantive o cuidado de me manter a par das diretrizes / orientações emanadas pelo Ministério da Saúde e das demais entidades reconhecidas.

Manteve-se a preocupação e também o cuidado de fomentar nos beneficiários de RSI os saberes e as práticas de uma cidadania ativa, de uma consciência de deveres e de direitos, de um impulso para a solidariedade e para a participação, para um sentido de comunidade e de partilha, de insatisfação perante o que é injusto ou o que está mal e a vontade de aperfeiçoar mantendo um espírito de inovação e de audácia. Mantenho a minha opinião de que através do desenvolvimento de uma consciência cívica nas populações, contribuímos para a construção de uma sociedade cívica, formada por cidadãos responsáveis, críticos, ativos e intervenientes.

Entende-se ter sido estabelecida uma prática dinâmica e atrativa apoiada no respeito mútuo e no diálogo. Para isso investiu-se no entusiasmo, na motivação e no estímulo, respeitando as várias posturas e culturas com que cada um se apresentava. Desenvolveu-se a autoestima de alguns elementos, bem como a responsabilidade, o espírito de solidariedade, de cooperação e entreaajuda.

Pretendeu-se que este estágio me proporcionasse o desenvolvimento e a aquisição de Competências Específicas na área do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011), o que entendo ter conseguido, visto ter sido capaz de tomar decisões competentes e fundamentadas, respeitando sempre as prioridades identificadas e pautando a minha atuação por uma prestação de cuidados de elevado nível de qualidade.

Termino este relatório com a satisfação de ter atingido em pleno as expectativas iniciais, pois entendo ter conseguido responder positivamente às diversas ocorrências e dificuldades com que me fui deparando neste processo de aprendizagem.

9 - BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association. (2010). *The Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, D.C.: APA.
- Abreu Nogueira, J. M. (2003). *A Propósito da Doença Crónica no Ambulatório... Cuidados de Saúde. Abordagem Integrada. Racionalização Inovação*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projetos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Barbosa, A. (1987). *Educação para a saúde: determinação individual ou social?*. Revista Crítica de Ciências Sociais. 23. p. 169-184.
- Bennett, P.; Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernardino, A., Machado, C., Alves, E., Rebouço, H., Pedro, R., Gasparb, P. (2009). *Os Enfermeiros Enquanto Agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde*. Leiria.
- Cabral, MV. (1997). *Cidadania política e equidade social em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Câmara Municipal de São Brás de Alportel. (2012). Acedido em 10 de Dezembro de 2012 em http://www.cm-sbras.pt/portal_autarquico/sao_bras_alportel/v_pt-PT.
- Campos, A. C. (1986). *Avaliação económica de programas de saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. (Cadernos de Saúde; 10).
- Carvalho et al. (2005). *Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho.

- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Craveiro, I.; Ferrinho, P. (2001). *Planear estrategicamente: a prática no SNS*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.
- Despacho n.º10143/2009 de 16 de Abril (2009). Aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República II Série. N.º 74 (16-04-2009), 15438-15440.
- Diagnóstico Social do Concelho de São Brás de Alportel*. (2006). São Brás de Alportel: Conselho Local de Ação Social. Acedido em 07 de Dezembro de 2012 em <http://www.cm-sbras.pt/NR/rdonlyres/E24B675E-75E0-4CE5-910F-F0CB16286C7B/0/diagnostico.pdf>.
- DGS (2000) - *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Circular Normativa n.º 14/DGCG de 12/12/00. Lisboa.
- DGS (2002) - *Atualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus* - Circular Normativa nº9, Lisboa. International Conference On Health Promotion, 2, Adelaide, South Australia, 5-9 (April 1998) Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Copenhaga: WHO, 1998 (WHO/HPR/HEP/95.2).
- DGS (2005) - *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Coleção. Lisboa. Acedido em 05 de Outubro de 2011 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf>.
- DGS (2011) - *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Atualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus* - Norma n.º 2/2011. Lisboa.
- DGS (2012) - Programa Nacional para a Diabetes - Orientações Programáticas. Documento publicado em www.dgs.pt a 05/09/2012. Acedido a 10 de Setembro de 2012 em <http://www.dgs.pt/?cr=22514>.

- Duarte, R. (2002). *Diabetologia Clínica (3ª ed.)*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Durval, M. (2006). *Que Saúde Pública para Portugal Hoje?*. Alcochete.
- Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Ministério da Saúde.
- Elementos de Diagnóstico do Sistema Educativo Local*. (2006). São Brás de Alportel: Carta Educativa. Acedido em 30 de Setembro de 2011 em <http://www.cm-sbras.pt/NR/rdonlyres/A122F5E3-ABB6-40CB-98FC-30042FA0F80A/0/CartaEducativafinal.pdf>.
- Estudo da Prevalência da Diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela, Médicos Sentinela - INSA; in *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2008; 24; 670-92.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2011a). Acedido em 13 de Junho de 2011 em <http://www.fpcardiologia.pt/hipertensao.aspx>.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2011b). Acedido em 13 de Junho de 2011 em <http://www.fpcardiologia.pt/docs/ColesterolCuidadocomele.pdf>.
- Friedmann, J. (1996). *Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo*. Celta: Oeiras
- Graça, M.J.; Dias, C.D. (2001). *Como as pessoas avaliam o seu próprio estado de saúde em Portugal*. Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e de 1998/1999 In *Observações* n.o 11. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Obras Avulsas.
- IDF Diabetes Atlas (5th ed. Update)*. (2012). International Diabetes Federation. Acedido em 14 de Março de 2013 em <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>.

Instituto da Segurança Social. (2013). *Guia Prático - Rendimento Social de Inserção*. Lisboa: Segurança Social. Acedido em 23 de Julho de 2013 em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/15010/rendimento_social_insercao.

Instituto Nacional de Estatística. (2012a). *Censos 2011 - Resultados Definitivos*. Lisboa: INE. Acedido em 10 de Agosto de 2013 em http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html.

Instituto Nacional de Estatística. (2012b). *Anuário Estatístico da Região Algarve - 2011*. Lisboa: INE. Acedido em 10 de Agosto de 2013 em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=154062270&PUBLICACOESstema=55481&PUBLICACOESmodo=2.

Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Destaque - Rendimento e Condições de Vida 2012 (Dados Provisórios)*. Lisboa: INE. Acedido em 17 de Julho de 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=156015568&DESTAQUESmodo=2.

Laverack, G. (2008). *Promoção da saúde: poder e empoderamento*. 1ª edição, Lusodidacta: Loures.

Lei n.º19-A/96 de 29 de Junho (1996). Cria o rendimento mínimo garantido, instituindo uma prestação do regime não contributivo da segurança social e um programa de inserção social. Diário da República I Série-A. N.º 149 (29-06-1996), 1690-(2)-1690-(5).

Lei n.º13/2003 de 21 de Maio (2003). Revoga o rendimento mínimo garantido previsto na Lei n.º19-A/96, de 29 de Junho, e cria o rendimento social de inserção. Diário da República I Série-A. N.º 117 (21-05-2003), 3147-3152.

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Proceda à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série N.º 180 (16-09-2009), 6528-6550, SECÇÃO II, Do código deontológico do enfermeiro, Inserido no Estatuto da OE.

- Mariotti H. (1996). *Conceitos básicos*. In: Organizações de aprendizagem - educação continuada e a empresa do futuro. São Paulo: Editora Atlas S.A. p. 17-38.
- Mariotti H. (2000). *A dança dos conceitos*. In: As paixões do ego - complexidade, política e solidariedade. São Paulo: Palas Athena. p. 83-121.
- Ministério da Saúde (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Circular Normativa n.º. 14/DGCG de 12/12/2000. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Morin E. (2002). *Os desafios*. In: Repensar a reforma. Reformar o Pensamento. A cabeça bem-feita. Lisboa: Instituto Piaget. p.13-36.
- Novaes, H. M. D. (2000). *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde*. Revista de Saúde Pública. 34: 5. p. 547-559.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Prevenção de Doenças Crónicas um investimento vital*. Acedido em 17 de Fevereiro de 2013 em http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf.
- Pereira, M.A.M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem.
- Portugal. Ministério da Saúde. (1999). *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação*. Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa.

- Portugal. Ministério da Saúde. (2003). *Contributos para um Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas*. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume II, «Orientações Estratégicas»*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Direcção-Geral da Saúde. Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. Lisboa.
- Recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2007). *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2 (4) supl:5-18.
- Regulamento n.º128/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República II Série. N.º 35 (18-02-2011), 8667-8669.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2010). *Diabetes Factos e Números 2009*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Lisboa. Portugal.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2011). *Diabetes Factos e Números 2010*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Lisboa. Portugal.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2012). *Diabetes Factos e Números 2011*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Lisboa. Portugal.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013). *Diabetes Factos e Números 2012*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Lisboa. Portugal.
- Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Crise & Saúde - Um país em sofrimento*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). *Duas faces da saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Silva, Luísa Ferreira (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Segurança Social. (2013). *Quadro Resumo - Rendimento Social de Inserção - Dados Anuais de RSI 2004 a 2012*. Segurança Social. Acedido em 21 de Junho de 2013 em <http://www4.seg-social.pt/estatisticas>.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (4ª ed.). Lisboa: Lusociência.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (6ª ed.). Lisboa: Lusociência.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde: departamento de recursos humanos da saúde. Lisboa.

Valongo, A. (1997). *Ensino do Diabético*. In: APDP. Lisboa.

World Health Organization and UNICEF. (1978). *Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata. Acedido em 03 de Fevereiro de 2013 em http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

<http://www.acs.min-saude.pt/>.

<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/Boletim-Pensar-Saude-N%C2%BA01.pdf>.

<http://www.apdp.pt>.

<http://www.cm-sbras.pt>.

<http://www.dgs.pt>.

<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>.

<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>.

http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html.

<http://www.dgsaude.pt>.

<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756>.

<http://www.governo.gov.pt>.

<http://www.idf.org/>.

<http://www.ine.pt>.

<http://www.observaport.org>.

<http://www.observaport.org/taxonomy/term/57>.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/plano+nacional+de+saude/PNS.htm>.

<http://www.spd.pt>.

APÊNDICES

APÊNDICE I - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Informado

Nº _____

Declaro que fui oportunamente informado(a) que com este projeto de intervenção se pretende realizar um diagnóstico de saúde na comunidade junto de pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção (RSI), na área geográfica de São Brás de Alportel, com o objetivo geral de identificar os indivíduos que estão em risco de desenvolverem diabetes tipo 2, num espaço temporal compreendido entre 2 e 10 anos. Fui também devidamente informado sobre os riscos e os benefícios da minha participação neste projeto. Tive oportunidade de colocar questões e de esclarecer as minhas dúvidas, de considerar e de compreender toda a informação.

Compreendo que a minha participação é voluntária, podendo suspender a minha participação neste projeto em qualquer momento, sem qualquer repercussão em relação ao Rendimento Social de Inserção do qual sou beneficiário, ou em relação aos cuidados de saúde que posso receber.

Concordo em:

- Responder a um questionário individual.
- Responder a uma ficha de avaliação de risco de diabetes do tipo 2.
- Permitir que um enfermeiro efetue medições clínicas básicas, como a minha altura, o peso, o perímetro abdominal (a nível do umbigo) e a pressão arterial.
- Colaborar com um enfermeiro na colheita de sangue capilar, que será utilizado para avaliar os meus valores atuais de colesterol, de glicemia em jejum, e se necessário de hemoglobina glicada.
- Permitir que os meus dados e os resultados obtidos com este projeto sejam trabalhados e as conclusões tornadas públicas. Compreendo que os meus dados pessoais serão tornados anónimos de forma direta, com exceção de eu concordar em ser referenciado para um serviço de saúde se existir justificação.
- Permitir ser recontactado pelo responsável do projeto, com o objetivo de participar em possíveis atividades futuras.

A minha participação neste projeto foi articulada com a equipa de protocolo do RSI do Centro de Cultura e Desporto dos Trabalhadores da Junta de Freguesia e da Câmara Municipal de São Brás de Alportel. Este documento pode ser-me lido por um técnico de saúde, bastando para isso eu o pedir verbalmente.

Pl’A equipa de protocolo do RSI

Pl’O utente

Pl’O Responsável do projeto

(Dr.^a Márcia Lúcio)

(Enf.^o Óscar Silva)

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Questionário individual

Nº _____

Nome: _____ Número de Utente (Nº) : _____

Data de nascimento (dia / mês / ano): ____ / ____ / ____ Data da avaliação: ____ / _07_ / 2011

Idade: ____ anos. Local onde é feita a avaliação: UCComunidade Olhar+ São Brás Alportel

1 - Sexo Masculino Feminino

2 - Estado Civil

Solteiro (a) Divorciado (a)/separado(a) Casado (a) / União de facto Viúvo(a)

3 - Localidade onde reside

Cidade Nome: _____ Vila Nome: _____
Freguesia Nome: _____ Lugar Nome: _____
Outro Qual? _____

4 - Nacionalidade

Portuguesa
Outra Qual? _____

5 - Quem vive no seu agregado familiar

Vive só Com os pais Com outros familiares
Com cônjuge / Companheiro (a) Com os sogros Com outros não familiares
Com os filhos Com irmãos Quais? _____

Quantas pessoas vivem no seu agregado familiar? Nº

6 - Situação profissional atual

Empregado (a) tempo inteiro Desempregado (a) Estudante
Empregado (a) tempo parcial Há quanto tempo está desempregado (a)? _____ meses ou anos.
Qual a atividade profissional atual? _____ Não sabe

Há quanto tempo é beneficiário de Rendimento Social de Inserção? _____ meses ou anos. Não sabe

(Para este efeito conta apenas a situação atual)

7 - Habilitações literárias

Sem escolaridade (não sabe ler nem escrever) Ensino secundário (9º ano equivale ao 3º ciclo)
Sem escolaridade (sabe ler e/ou escrever) 12º Ano (ensino secundário, cursos gerais,
tecnológicos e profissionais)
Ensino primário incompleto Ensino superior
Ensino primário (4ª classe completa) Não sabe
Ensino preparatório (2º ciclo do ensino básico)

8 - Hábitos tabágicos

Atualmente Fuma?

Sim, diariamente Se sim, quantos cigarros por dia
Sim, ocasionalmente Se sim, o quê? Só Tabaco
Não Outro (s) Quais? _____

Alguma vez Não

Fumou? Sim, diariamente Sim, ocasionalmente Há quanto tempo deixou? ____ meses ou anos.

9 - Hábitos alcoólicos

Atualmente Bebe?

Sim, diariamente Se sim, quando? À refeição Fora da refeição Ambas
 Sim, ocasionalmente Se sim, o quê? Vinho Bebidas brancas Cerveja
 Não Outro (s) Quais? _____

Alguma vez Não
Bebeu? Sim, diariamente Sim, ocasionalmente Há quanto tempo deixou? ___ meses ou anos.

10 - Avaliação da Pressão Arterial em mmHg

Avaliação	Hora (1 minuto de intervalo)	Sistólica	Diastólica	Ritmo cardíaco	Braço Direito
Primeira				p/m	
Segunda				p/m	
Terceira				p/m	

11 - Avaliação da glicemia capilar em jejum (20 - 500 mg/dl)

Valor _____ mg/dl

12 - Avaliação do colesterol (150 - 300 mg/dl)

Valor _____ mg/dl

13 - Pontuação obtida com a Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do Tipo 2

Nível de Risco Total _____ Alto (15 - 20) Muito Alto (> 20)

14 - Avaliação da Hemoglobina Glicada (4,0 - 15,0 %)

Valor _____ %

15 - Tem critério (s) para encaminhar ao médico

Sim Não

Notas:

1. A avaliação da pressão arterial deve ser feita na posição sentada, após pelo menos 5 minutos em repouso. Devem ser realizadas 3 avaliações com intervalo de 1 minuto entre elas.

Classificação da pressão arterial

Sistólica	Diastólica	
Até 120	Até 80	Normal
120-139	80-89	Pré-hipertensão
140-159	90-99	Hipertensão arterial estágio 1
>160	>100	Hipertensão arterial estágio 2

Fonte: <http://www.fpcardiologia.pt/hipertensao.aspx>, consulta a 13-06-2011 às 17h.

2. A avaliação da glicemia capilar deve ser feita em jejum. Critério de diagnóstico: **Valor superior ou igual a 126 mg/dl**. Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, <http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>, consulta a 13-06-2011, às 17h30m.
3. Avaliação do colesterol. **O valor não deve exceder os 190 mg/dl**. Fonte: <http://www.fpcardiologia.pt/docs/ColesterolCuidadocomele.pdf>, consultado a 13-06-2011 às 17h10m.
4. A avaliação de Hemoglobina glicada só será feita às pessoas que apresentem **risco alto** ou **muito alto** na pontuação da ficha de risco de diabetes tipo 2, e / ou aquelas pessoas que apresentem **valores superiores a 126 mg/dl** na avaliação da glicemia capilar em jejum. **O valor de Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) ≥ 6,5 %**. Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, <http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>, consultado a 13-06-2011, às 17h30m.

APÊNDICE III - FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES DO TIPO 2
(ADAPTADA DO PNPCD 2008)

Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do Tipo 2

Nº _____

Nome: _____ Número de Utente (Nº): _____

Data de nascimento (dia / mês / ano): ____ / ____ / ____ Data da avaliação: ____ / _07_ / _2011_

Idade: ____ anos. Local onde é feita a avaliação: UCComunidade Olhar⁺ São BrásAlportel

Assinalar a resposta adequada com uma cruz. Após preencher todos os campos, deve somar o total.			Pontuação
Idade			
	Menos de 45 anos		0
	45 - 54 anos		2
	55 - 64 anos		3
	Mais de 64 anos		4
Índice de Massa Corporal			
	Peso atual: _____ kg	Menos de 25 kg/m ²	0
	Altura Atual: _____ metros	25 - 30 Kg/m ²	3
	IMC ² : _____ kg/m ²	Mais de 30 kg/m ²	4
Medida da cintura (ao nível do umbigo) _____ cm	Homens		
	Menos de 94 cm		0
	94 - 102 cm		3
	Mais de 102 cm		4
	Mulheres		
	Menos de 80 cm		0
	80 - 88 cm		3
	Mais de 88 cm		4
Pratica diariamente atividade física pelo menos durante 30 minutos, no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo atividades da vida diária)?			
	Sim		0
	Não		2
Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?			
	Todos os dias		0
	Às vezes		1
Toma regularmente ou já tomou algum medicamento para a Hipertensão Arterial?			
	Não		0
	Sim		2
Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?			
	Não		0
	Sim		5
Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?			
	Não		0
	Sim: avós, tias, tios ou primos em 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)		3
	Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos		5
Nível de Risco Total:	O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é:		
	< 7 Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença		
	7 - 11 Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença		
	12 - 14 Moderado: calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença		
	15 - 20 Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença		
	> 20 Muito alto: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença		

Ficha adaptada do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013262.pdf>, pág.22

² IMC: Peso/Altura²

APÊNDICE IV - FICHA DE REFERENCIAÇÃO DE UTENTES COM CRITÉRIO (S)
DE ENCAMINHAMENTO

Ficha de Referenciação de Utentes com critério (s) de encaminhamento

Dados pessoais do utente:

Nome: _____

Número de Utente (Nº) : _____ Contacto telefónico: _____

Data de nascimento (dia / mês / ano): ___ / ___ / _____

Data da avaliação: ___ / ___ / _____ Local onde foi feita a avaliação: UCC Olhar⁺

Motivo do encaminhamento do Utente:

1. Pontuação final após preenchimento da "Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes do Tipo 2³": _____
2. Avaliação da Pressão Arterial⁴ (Valor mais baixo de 3 registos):
TaSistólica: _____ mmHg TaDiastólica: _____ mmHg
Frequência Cardíaca: _____ p/m
3. Avaliação do Colesterol⁵: _____ mg/dl
4. Avaliação da glicemia capilar em jejum⁶: _____ mg/dl
5. Avaliação da Hemoglobina Glicada⁷: _____ %

Encaminhado para:

- USCP
- Consulta de recurso
- Outro Qual? _____

Gratos pela Colaboração.

A coordenadora da UCC Olhar+

O Responsável

(Enf^a Cidália Palma)

(Enf^o Óscar Silva)

UCC Olhar⁺, São Brás de Alportel, _____ de Junho de 2011

³ Fonte: Plano Nacional de Prevenção e Controle da Diabetes, <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013262.pdf>, pág.22
15-20 Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença **> 20 Muito alto**: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

⁴ Avaliação feita após 5 minutos de repouso e com intervalos de 1 minuto.

⁵ O valor **não deve exceder os 190 mg/dl**. Fonte: <http://www.fpcardiologia.pt/docs/ColesterolCuidadocomele.pdf>.

⁶ **Valor superior ou igual a 126 mg/dl**. Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes,
<http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.

⁷ **O valor de Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) ≥ 6,5 %**. Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes,
<http://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0006AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.

APÊNDICE V - TABELA N.º 27 - DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS ABRANGIDAS
POR GÉNERO E OS TRÊS VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA E
DIASTÓLICA

Tabela n.º 27- Distribuição das pessoas abrangidas por género e os três valores de pressão arterial sistólica e diastólica

3ª PA Diast.	2ª PA Diast.	1ª PA Diast.	3ª PA Sist.	2ª PA Sist.	1ª PA Sist.	Género				Total	
						Feminino		Masculino		Total	
						N.º	%	N.º	%	N.º	%
Até 80 mmHg	Até 80 mmHg	Até 80 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	39	34,21	29	25,44	68	59,65
					De 120 a 139 mmHg	1	0,88	2	1,75	3	2,63
					De 120 a 139 mmHg	0	0,00	2	1,75	2	1,75
					De 120 a 139 mmHg	3	2,63	1	0,88	4	3,51
			De 120 a 139 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	3	2,63		0,00	3	2,63
					De 120 a 139 mmHg	3	2,63		0,00	3	2,63
				De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg		0,00	3	2,63	3	2,63
			De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	1	0,88	1	0,88	2	1,75
	De 80 a 89 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	De 120 a 139 mmHg		0,00	1	0,88	1	0,88
					De 120 a 139 mmHg		0,00	1	0,88	1	0,88
			De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	1	0,88	2	1,75	3	2,63
					De 140 a 159 mmHg	1	0,88	0	0,00	1	0,88
De 80 a 89 mmHg	De 80 a 89 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	1	0,88		0,00	1	0,88
			De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg		0,00	2	1,75	2	1,75

De 80 a 89 mmHg	Até 80 mmHg	Até 80 mmHg	Até 120 mmHg	De 120 a 139 mmHg	Até 120 mmHg		0,00	1	0,88	1	0,88
			De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg		0,00	1	0,88	1	0,88
De 80 a 89 mmHg	Até 80 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg		0,00	1	0,88	1	0,88	
		Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg		0,00	1	0,88	1	0,88	
De 80 a 89 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	1	0,88		0,00	1	0,88	
	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	1	0,88	3	2,63	4	3,51	
De 90 a 99 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	3	2,63		0,00	3	2,63	
Mais de 100 mmHg	De 90 a 99 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 120 a 139 mmHg		0,00	1	0,88	1	0,88	
De 90 a 99 mmHg	De 90 a 99 mmHg	De 90 a 99 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	0,00	1	0,88	1	0,88	
		Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	1	0,88		0,00	1	0,88	
Mais de 100 mmHg	Mais de 100 mmHg	Mais de 100 mmHg	Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	1	0,88	1	0,88	2	1,75
Total						60	52,63	54	47	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

APÊNDICE VI - TABELA N.º 28 - DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS ABRANGIDAS
POR IDADE, GÉNERO E OS TRÊS VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL
SISTÓLICA E DIASTÓLICA

Tabela n.º28 - Distribuição das pessoas abrangidas por idade, género e os três valores de pressão arterial sistólica e diastólica

3ª PA Diast.	2ª PA Diast.	1ª PA Diast.	3ª PA Sist.	2ª PA Sist.	1ª PA Sist.	Idade em anos	Género				Total							
							Feminino		Masculino		N.º	%						
							N.º	%	N.º	%								
Até 80 mmHg	Até 80 mmHg	Até 80 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Menos 20	1	0,88	6	5,26	7	6,14						
						20 - 29	5	4,39	3	2,63	8	7,02						
						30 - 39	20	17,54	5	4,39	25	21,93						
						40 - 49	11	9,65	8	7,02	19	16,67						
						50 - 59	2	1,75	3	2,63	5	4,39						
						60 ou mais	0	0,00	4	3,51	4	3,51						
						Total	39	34,21	29	25,44	68	59,65						
						De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	20 - 29	0	0,00	1	0,88	1	0,88
												30 - 39	1	0,88	0	0,00	1	0,88
												50 - 59	0	0,00	1	0,88	1	0,88
												Total	1	0,88	2	1,75	3	2,63
						De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	40 - 49		0,00	2	1,75	2	1,75
												Total		0,00	2	1,75	2	1,75
												De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	40 - 49
						50 - 59	0	0,00	1	0,88	1							0,88
						Total	3	2,63	1	0,88	4	3,51						
						De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	20 - 29	2	1,75		0,00	2	1,75
												30 - 39	1	0,88		0,00	1	0,88
												Total	3	2,63		0,00	3	2,63
												De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	20 - 29
						40 - 49	1	0,88		0,00	1							0,88
						50 - 59	1	0,88		0,00	1							0,88
						Total	3	2,63		0,00	3	2,63						
						De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	20 - 29		0,00	2	1,75	2	1,75
												40 - 49		0,00	1	0,88	1	0,88
												Total		0,00	3	2,63	3	2,63
						De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	50 - 59	0	0,00	1	0,88	1	0,88
60 ou mais	1	0,88	0	0,00	1							0,88						
Total	1	0,88	1	0,88	2							1,75						
De 80 a 89 mmHg	De 80 a 89 mmHg	De 80 a 89 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	De 120 a 139 mmHg	30 - 39		0,00	1	0,88	1	0,88						
						Total		0,00	1	0,88	1	0,88						
						De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	60 ou mais		0,00	1	0,88	1	0,88
Total		0,00	1	0,88	1							0,88						
De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	Menos 20	0	0,00	1	0,88	1	0,88						
						30 - 39	1	0,88	1	0,88	2	1,75						
						Total	1	0,88	2	1,75	3	2,63						
De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	60 ou mais	1	0,88		0,00	1	0,88						
						Total	1	0,88		0,00	1	0,88						

	De 80 a 89 mmHg	De 80 a 89 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	40 - 49 Total	1 1	0,88 0,88		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88
			De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	20 - 29 40 - 49 Total		0,00 0,00 0,00	1 1 2	0,88 0,88 1,75	1 1 2	0,88 0,88 1,75
De 80 a 89 mmHg	Até 80 mmHg	Até 80 mmHg	Até 120 mmHg	De 120 a 139 mmHg	Até 120 mmHg	40 - 49 Total		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88	1 1	0,88 0,88
			De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	40 - 49 Total		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88	1 1	0,88 0,88
	De 80 a 89 mmHg	Até 80 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	40 - 49 Total		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88	1 1	0,88 0,88
			Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	60 ou mais Total		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88	1 1	0,88 0,88
	De 80 a 89 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	Até 120 mmHg	50 - 59 Total	1 1	0,88 0,88		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88
		De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	30 - 39 40 - 49 Total	1 0 1	0,88 0,00 0,88	0 3 3	0,00 2,63 2,63	1 3 4	0,88 2,63 3,51
	De 90 a 99 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 120 a 139 mmHg	20 - 29 30 - 39 40 - 49 Total	1 1 1 3	0,88 0,88 0,88 2,63		0,00 0,00 0,00 0,00	1 1 1 3	0,88 0,88 0,88 2,63
	Mais de 100 mmHg	De 90 a 99 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 120 a 139 mmHg	50 - 59 Total		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88	1 1	0,88 0,88
De 90 a 99 mmHg	De 90 a 99 mmHg	De 90 a 99 mmHg	De 120 a 139 mmHg	De 140 a 159 mmHg	De 140 a 159 mmHg	50 - 59 Total		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88	1 1	0,88 0,88
			Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	50 - 59 Total	1 1	0,88 0,88		0,00 0,00	1 1	0,88 0,88
Mais de 100 mmHg	Mais de 100 mmHg	Mais de 100 mmHg	Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	Mais de 160 mmHg	50 - 59 60 ou mais Total	1 0 1	0,88 0,00 0,88	0 1 1	0,00 0,88 0,88	1 1 2	0,88 0,88 1,75
Total							60	52,63	54	47,37	114	100,00

Fonte: questionário aplicado à população alvo

APÊNDICE VII - FOLHETO COM RECEITAS

COMER COM SAÚDE E SABOR, A MAIS BAIXO PREÇO

As propostas do Chef Manuel Pires:

> A entrada - sopa: CREME DE CENOURA E LARANJA COM DADOS DE PÃO

> O prato principal: ROLINHOS DE PORCO RECHEADO COM LEGUMES E PAPAS DE MILHO COM COGUMELOS

> A sobremesa: MAÇÃ GLACEADA COM IOGURTE NATURAL AROMATIZADO COM CANELA

A ENTRADA – SOPA:
CREME DE CENOURA E LARANJA COM DADOS DE PÃO

INGREDIENTES [para 4 pessoas]:

- 300gr de cenoura
- 100gr de batata
- Sal q.b.
- Pimenta q.b.
- 1dl de azeite
- 20gr de alho
- 30gr de cebola
- 2 fatias de Pão
- 2 Laranja
- 1l de água ou caldo
- 2 folhas de louro
- 10gr de salsa

PREPARAÇÃO E CONFEÇÃO:

[Duração aproximada: 35 minutos]

Creme de cenoura e laranja:

- Coloque um tacho ao lume com o azeite, junte a cebola, o alho e as folhas de louro e deixe refogar;
- Quando a cebola estiver transparente, junte a cenoura e deixe suar um pouco, depois adicione o sumo de laranja e o caldo e deixe cozer durante 20 a 25 min;
- Quando estiverem cozidos triture com o auxílio da varinha mágica e retifique os temperos.

“Dados” de pão torrados:

- Coloque uma frigideira ao lume com um fio de azeite e a seguir junte os dados de pão, salteie no azeite com um alho picado até ganharem uma cor tostada.

O PRATO PRINCIPAL

ROLINHOS DE PORCO RECHEADO COM LEGUMES E PAPAS DE MILHO COM COGUMELOS

INGREDIENTES [para 4 pessoas]:

- 600gr de bifes de porco (bifanas)
- 1 dl de azeite
- 4 Dentes de alho
- 300gr de farinha de milho
- 1l de caldo de galinha
- Pimenta q.b.
- Sal q.b.
- 100gr de cenoura
- 100gr de courgete
- 20gr de cebola
- 150gr de cogumelos (lata)
- 2 Folhas de louro
- 20gr de salsa

PREPARAÇÃO E CONFEÇÃO:

[Duração aproximada: 40 minutos]

Rolinhos de porco recheados com legumes:

- Tempere os bifes de porco com sal, pimenta, alho picado e folha de louro;
- Espalhe os bifes na tábua e no centro de cada bife coloque os palitos de cenoura e courgete previamente cozidos. Enrole depois o bife e com o auxílio de palitos prenda as pontas dos rolinhos;
- Confeccione os rolinhos numa frigideira bem quente com um fio de azeite.

Papas de milho com cogumelos:

- Num tacho coloque a cebola picada, alho picado e azeite, e deixe refogar;
- Adicione os cogumelos previamente laminados deixe cozinhar um pouco, adicione então o caldo de galinha;
- Quando começar a ferver junte a farinha de milho, deixe cozer em lume brando até engrossar, retifique os temperos e adicione a salsa picada;

SOBREMESA

MAÇÃ GLACEADA COM IOGURTE NATURAL AROMATIZADO COM CANELA

INGREDIENTES [para 4 pessoas]:

- 125 gr de iogurte natural
- 250grde maçã vermelha (starking)
- 50gr de bolacha torrada
- 10gr de manteiga
- 1dl de água
- 10gr de canela
- 10gr de açúcar

PREPARAÇÃO E CONFEÇÃO:

[Duração aproximada: 20 minutos]

- Descasque as maçãs, retire os caroços e corte-as aos bocados;
- Coloque um tacho ao lume com um pouco de manteiga e a maçã, envolva tudo, adicione o açúcar e a água e deixe cozinhar;
- Quando estiver cozida, retire do lume e coloque numa tigela. Depois de frio, adicione o iogurte com canela por cima da maçã e rale a bolacha por cima do iogurte.



APÊNDICE VIII - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

APÊNDICE IX - PLANO DA SESSÃO - SENSIBILIZAR PARA UMA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ECONÓMICA

Tema: Alimentação saudável e económica

Primeira sessão, grupo 1

Local: Sala de reuniões da UCC Al-Portellus

Data: 28 de Novembro de 2011

Horário: Entre as 9h e as 10h30m.

Objectivos:

- Referir os grupos que constituem a roda dos alimentos;
- Referir 4 alimentos saudáveis;
- Identificar 4 alimentos desaconselhados;
- Referir 2 formas saudáveis de cozinhar;
- Mencionar o número de refeições diárias recomendadas.

	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS			TEMPO
		Métodos	Recursos	Atividades do Grupo	
INTRODUÇÃO	-Apresentação do grupo. -Apresentação do tema e dos objetivos da sessão.	Oral	- Computador; - Data show; - Sala; - Cadeiras		10 m
DESENVOLVIMENTO	- Alimentação variada; - Roda dos alimentos; - Legumes e vegetais; - Sal; - Azeite; - Ervas aromáticas; - A água; - Alimentos a evitar.	Oral e Interativo	- Computador; - Data show; - Sala; - Cadeiras	Debate	45 m
CONCLUSÃO	- Síntese das ideias principais; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da Sessão.	Oral e Interativo	- Folheto	Debate	35 m

APÊNDICE X - PLANO DA SESSÃO - SENSIBILIZAR PARA A PRÁTICA DE
EXERCÍCIO/ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

Tema: Prática de exercício/atividade física regular**Primeira sessão, grupo 1****Local:** Salão dos Bombeiros em São Brás de Alportel**Data:** 17 de Janeiro de 2012**Horário:** Entre as 9h e as 10h30m.**Objectivos:**

- Referir 2 benefícios de praticar exercício físico regular;
- Identificar 1 forma de praticar exercício gratuitamente;
- Relacionar a prática de exercício físico com prevenção de doenças.

	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS			TEMPO
		Métodos	Recursos	Atividades do Grupo	
INTRODUÇÃO	-Apresentação do grupo. -Apresentação do tema e dos objetivos da sessão.	Oral	- Computador; - Data show; - Sala; - Cadeiras		10 m
DESENVOLVIMENTO	- Diferentes formas de exercício físico; - Sedentarismo e risco de doença. - Exercícios físicos para todos.	Oral e Interativo	- Computador; - Data show; - Sala; - Cadeiras	Debate	45 m
CONCLUSÃO	- Síntese das ideias principais; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da Sessão;	Oral e Interativo		Debate	35 m

APÊNDICE XI - PLANO DA SESSÃO - SENSIBILIZAR PARA DESVANTAGENS
DE CONSUMOS ADITIVOS DE TABACO E DE ÁLCOOL

Tema: Consumos aditivos de tabaco e de álcool - desvantagens

Primeira sessão, grupo 1

Local: Sala de reuniões da UCC Al-Portellus

Data: 19 de Dezembro de 2011

Horário: Entre as 9h e as 10h30m.

Objectivos:

- Referir 2 doenças associadas ao tabaco;
- Referir 3 desvantagens de ser fumador;
- Referir um mito sobre o consumo de álcool.

	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS			TEMPO
		Métodos	Recursos	Atividades do Grupo	
INTRODUÇÃO	-Apresentação do grupo. -Apresentação do tema e dos objetivos da sessão.	Oral	- Computador; - Data show; - Sala; - Cadeiras		10 m
DESENVOLVIMENTO	- Desvantagens de consumir álcool; - Desvantagens de ser fumador; - Consumo e risco de doença.	Oral e Interativo	- Computador; - Data show; - Sala; - Cadeiras	Debate	45 m
CONCLUSÃO	- Síntese das ideias principais; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da Sessão;	Oral e Interativo		Debate	35 m

