



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promover a literacia em saúde para prevenir o
“pé diabético”: “*Prevenir é o melhor remédio*”**

Adriana Cinthya Barbosa Cavalcanti e Silva

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promover a literacia em saúde para prevenir o
“pé diabético”: “Prevenir é o melhor remédio”**

Adriana Cinthya Barbosa Cavalcanti e Silva

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Alice Ruivo

Arguente: Professora Doutora Maria Laurência Gemito

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Gato

Setúbal, 2023

“A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados.”

Paulo Freire

Agradecimentos

Ao meu esposo por ter sido um grande companheiro, estimulando-me nesta trajetória.

Aos meus filhos por orarem, com muita fé, pela evolução do meu mestrado.

Ao meu pai e minha irmã que estão a torcer com cada conquista minha.

À minha mãe que me incentivou nos meus estudos de Enfermagem e que continua a me incentivar, pois permanece viva no meu coração (à memória de).

À minha orientadora Profª Ana Paula Gato por me ensinar a caminhar durante esta minha formação, por confiar em meu curriculum, no meu percurso profissional, por me dar as ferramentas para que eu pudesse desenvolver e demonstrar a minha capacidade, e pela paciência que teve em cada momento de meu aprendizado.

A todos os professores por contribuir com meus estudos e também tornarem possível a conclusão deste relatório.

Ao enfermeiro Paulo Manuel Ferreira Silva, meu orientador clínico, por estar sempre disponível a me ajudar e acreditar na minha capacidade.

Às equipas das unidades funcionais de saúde por me receberem e contribuírem com suas experiências profissionais e desta forma foram alicerce para argumentação deste projeto.

Aos utentes que me ajudaram a perceber, através de seus contributos com as experiências de vida relatadas e necessidades apresentadas, proporcionando a obtenção de conclusões a serem comparadas às evidências científicas estudadas.

Aos meus colegas de turma pela parceria nos estudos.

A Deus por ser meu guia e por me mostrar qual caminho a seguir juntamente com a minha família nuclear, “até aqui nos ajudou o Senhor” (1 Samuel 7:12).

RESUMO

A diabetes Mellitus é uma doença crónica, tendo em Portugal incidência expressiva na população entre os 45 e 74 anos de idade. Com base na metodologia de planeamento em saúde, identificamos como prioridade de intervenção, num dos concelhos da Área Metropolitana de Lisboa, a complicação diabética “pé diabético”. Desenvolvemos um projeto de intervenção, tendo como população alvo utentes com diabetes, dos 45 aos 74 anos, das unidades de saúde do concelho. O projeto teve como objetivo geral promover a literacia em saúde sobre a prevenção do “pé diabético”. Percebemos uma ausência de cuidados diários dos pés por parte da população alvo, tendo sido desenvolvidas sessões educativas sobre o tema através de rodas de conversa. O enfermeiro deve ser efetivo nos cuidados, valorizando a promoção da literacia em saúde para prevenir complicações da diabetes, incluindo-a na sua rotina.

Palavras-chave: Literacia em Saúde, Pé Diabético, Autocuidado, Prevenção, Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease, with a significant incidence in the population between 45 and 74 years of age in Portugal. Based on the health planning methodology, we identified as a priority for intervention, in one of the municipalities of the Metropolitan Area of Lisbon, the diabetic complication “diabetic foot”. We developed an intervention project, having as target population users with diabetes, aged 45 to 74, from health units in the county. The overall objective of the project was to promote health literacy on the prevention of “diabetic foot”. We noticed a lack of daily foot care by the target population, with educational sessions on the subject having been developed through conversation circles. Nurses must be effective in providing care, valuing the promotion of health literacy to prevent diabetes complications, including it in their routine.

key words: Health Literacy, Diabetic Foot, Self Care, Disease Prevention, Community Health Nursing.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pé diabético – locais mais propícios a lesões.....	24
Figura 2 - Ciclo de decisão para o controlo glicémico centrado no utente com diabetes tipo 2.....	25
Figura 3 - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.....	34
Figura 4 - Etapas do Planeamento em Saúde.....	36
Figura 5 - Área Metropolitana de Lisboa.....	41
Figura 6 - População residente.....	42
Figura 7 - RLVT, NUTS III e Concelhos.....	44
Figura 8 – Concelho.....	45
Figura 9 - “Átomo da Saúde” do ACES.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Óbitos por diabetes (%).....	17
Gráfico 2 - Prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos (PNS 2021-2030), por nível de escolaridade e situação perante o emprego.....	18
Gráfico 3 - Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, UE-27, 2020.....	19
Gráfico 4 - DALYs (por 100.000 habitantes) atribuíveis aos principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade, por doença, ambos os sexos, em Portugal, 2019.....	20
Gráfico 5 - Número de avaliações de risco de pé diabético registado nos CSP, por grau de risco 2015-2017.....	27
Gráfico 6 - População residente por níveis de ensino do Concelho	43
Gráfico 7 - População residente por grupo etário do Concelho.....	43
Gráfico 8 - Crimes registados pelas polícias (por mil habitantes) – 2021.....	46
Gráfico 9 - Prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, entre os 25 e os 74 anos de idade, por sexo, grupo etário e região em 2015 (PNS, 2021-2030).....	47
Gráfico 10 - Taxa de mortalidade sénior (70 ou mais anos) (%).....	48
Gráfico 11 - Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo no ACES, por sexo, dezembro de 2016 (ordem decrescente)	53
Gráfico 12 - Evolução do número de pessoas com diabetes do ACES.....	55

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Pé diabético – categorias de risco e encaminhamento.....	26
Quadro 2 - Instituições de apoio social do Concelho.....	49
Quadro 3 - Atendimento de Enfermagem à pessoa com diabetes, em sala de tratamento, durante uma semana / ano 2022.....	54
Quadro 4 - Problemas de saúde identificados por ordem de prioridade pelos enfermeiros do ACES.....	57
Quadro 5 - Resultado das prioridades dos problemas encontrados, segundo os três critérios clássicos de CENDES – OPS	58
Quadro 6 - Objetivos com respetivas metas e indicadores.....	60
Quadro 7 - Avaliação do número de sessões realizadas de acordo com o número de sessões programadas.....	86
Quadro 8 - Avaliação do número de presentes às sessões de acordo com o número de convocados.....	86
Quadro 9 - Avaliação do número de pessoas que respondem adequadamente às questões com o número de participantes na sessão.....	86
Quadro 10 - Avaliação do número de participantes que avaliaram satisfatoriamente a intervenção através da roda de conversa.....	87
Quadro 11 - Avaliação do número de unidades de saúde disponíveis à educação de utentes com diabetes e suas famílias de acordo com o número de instituições informadas.....	88
Quadro 12 - Avaliação do número de unidades de saúde disponíveis à criação de grupos de pessoas com diabetes em LS de acordo com o número de instituições informadas.....	88
Quadro 13 - Avaliação do número de unidades de saúde em adesão de acordo com o número de instituições informadas.....	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado por categorias sociodemográficas, Portugal, 2020-2021 (unidade %).....	19
Tabela 2 - População residente por sexo e sua variação entre os anos 2011 e 2021.....	42
Tabela 3 - Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo, dezembro de 2016 (ordem decrescente).....	52
Tabela 4 – Utentes com diabetes, insulínodépendentes (T89) e não insulínodépendentes (T90), das USF e UCSP do Concelho nos meses de abril e julho de 2022.....	54

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ADA - American Diabetes Association

AML – Área Metropolitana de Lisboa

APA - *American Psychological Association*

APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCDRLVT - Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo

CMB - Câmara Municipal

COVID 19 - Doença por Coronavírus 2019

CRIVA - Centro de Reformados

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DSS – Diagnóstico da Situação de Saúde

DGS - Direção-Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DNT – Doenças Não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESAD - Educação e Suporte para a Autogestão da Diabetes

FC – Ferida crónica

IASaúde, IP-RAM – Instituto de Administração da Saúde, Instituto Público integrado à Região Autónoma da Madeira

INE – Instituto Nacional de Estatística

LS – Literacia em Saúde

MMII – Membros inferiores

MS – Ministério da Saúde

MURPI - Movimento Unitário dos Reformados, Pensionistas e Idosos

NUTS - Nomenclaturas das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PD – Pé diabético

PLS - Plano Local de Saúde

PCAAC - Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados

PND - Programa Nacional para a Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

RLVT - Região de Lisboa e Vale do Tejo

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDIPSS - União Distrital das Instituições Particulares de Solidariedade Social

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1. Diabetes Mellitus.....	16
1.1.1. Determinantes de saúde no contexto de diabetes.....	17
1.1.2. Feridas crónicas em pessoas com diabetes.....	21
1.1.3. Pé diabético – prevenção e acompanhamento.....	22
1.2. Promoção da Saúde.....	27
1.3. Literacia em Saúde e a Diabetes.....	29
1.4. Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.....	31
1.5. A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem.....	33
2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS.....	35
2.1. Metodologia do Planeamento em Saúde.....	35
2.2. Metodologia do Diagnóstico de Situação de Saúde.....	36
2.3. Metodologia de recolha e análise de dados na implementação do projeto.....	37
2.4. Considerações Éticas.....	39
3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	41
3.1. Características Geodemográficas do Concelho.....	41
3.2. Caracterização Socioeconómica.....	45
3.3. Situação de Saúde.....	46
3.4. Redes de Apoio Social.....	48
3.5. Instituições de Saúde.....	51
3.6. Análise dos Resultados – Identificação das Necessidades/Problemas.....	51
3.6.1. Análise de dados do Concelho.....	53
3.6.2. Análise da entrevista a informadores chave.....	55
4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E POPULAÇÃO ALVO	57
5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS.....	60
5.1. Definição dos Objetivos.....	58
5.2. Seleção de Estratégias.....	60
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	63
6.1. Seleção de Intervenções/Atividades.....	63
6.2. Previsão de Recursos.....	64
6.3. Resultados Esperados.....	66
6.4. Seguimento <i>Follow-UP</i>	66

7. IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	68
7.1. Identificação das Necessidades das pessoas com diabetes.....	68
7.2. Apresentação e Discussão de Resultados.....	68
7.2.1. Considerações finais da análise de resultados.....	80
7.3. Sessões de Educação para a Saúde.....	82
7.4. Outras Atividades Desenvolvidas no Âmbito do Projeto.....	84
8. AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	85
9. OUTRAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES.....	91
10. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
APÊNDICES	107
Apêndice I - Guião de entrevista com profissionais de saúde do ACES	108
Apêndice II - Análise da Entrevista aos Profissionais de Saúde do ACES.....	110
Apêndice III – Roteiro de Entrevista para o Utente.....	112
Apêndice IV – Cronograma de Atividades.....	117
Apêndice V – Cartaz de Divulgação.....	119
Apêndice VI - Sessão de Educação para a Saúde.....	121
Apêndice VII – Questionário de Avaliação.....	123
Apêndice VIII – Questionário de Avaliação da Satisfação.....	125
Apêndice IX – Dossier de Sugestões de Atividades.....	127
ANEXOS.....	129
Anexo I - Declaração da Comissão de Ética para a Saúde da ARLSVT.....	130
Anexo II – Lista de Grupos de Trabalho – Enfermagem – 2022 do ACES.....	132
Anexo III – Roda de Conversa.....	136

INTRODUÇÃO

A diabetes Mellitus (DM) é uma doença de relevância em Portugal, um problema de saúde pública. O país é o segundo da União Europeia (UE) com maior prevalência da doença em adultos, ficando atrás somente da Alemanha, segundo dados de 2019 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (*Organisation for Economic Co-operation and Development* [OECD] *European Union*, 2020).

Portugal já foi o país da UE com o maior índice de óbitos por complicações de diabetes. Em 1994 encontrava-se na primeira posição, seguido da Itália e Espanha. Sendo que em 2020, passou para a quinta posição, permanecendo à frente desses países, e a Croácia assumindo o primeiro lugar dos óbitos, com 8,3% (PORDATA, 2020). No entanto, “apesar da redução da mortalidade por diabetes mellitus observada principalmente na última década, a diabetes mellitus e suas complicações, incluindo a morte prematura, continuam a ser uma prioridade em Portugal” (Direção-Geral de Saúde, [DGS], 2021).

Conviver com uma complicação de diabetes, como uma ferida que não cicatriza (crónica) nomeadamente o “pé diabético” (PD), pode gerar um enorme transtorno na atividade diária da pessoa, como a sua necessidade de isolar-se por perceber que pode estar a causar incómodos a terceiros, devido a questões geradas pela ferida, como odor, exsudato e estética. Esses são alguns dos motivos que contribuem para necessidade de distanciamento social do utente, vindo a agravar mais ainda a sua situação de saúde e a sua baixa autoestima. É uma doença que, se não tratada e sem o acompanhamento adequado, pode levar a amputações dos membros inferiores (MMII), como uma de suas complicações, e também à morte precoce.

A ferida pode ser reversível ou irreversível. A primeira passa por um processo de adaptação até a cicatrização, mas, caso o estímulo à lesão persista, poderá tornar-se irreversível e ocasionar a morte celular. As consequências não dependem somente do tipo, mas da duração e intensidade e da capacidade que a célula tem de suportar o agente agressor. Os principais fatores, causadores de lesão celular, são: hipoxia, agente físico e químicos, drogas, agentes infecciosos, reações imunológicas, distúrbios genéticos e desequilíbrios nutricionais (Silva *et al.*, 2007).

A Literacia em Saúde (LS), neste âmbito, é reconhecida como uma importante aliada para uma boa evolução no tratamento do PD e em sua prevenção, por ser considerada uma ferida complexa e de difícil tratamento. Um utente diabético orientado sobre as formas de prevenção e de cuidados que deve ter a um PD, evitará que se chegue a uma amputação do mesmo ou de seu membro inferior.

Neste contexto, pensando no trabalho de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), como profissional capacitado para atuar diante de

problemas de um grupo ou comunidade, baseado em evidências científicas, observa-se suas possíveis intervenções na área em discussão, nomeadamente: “Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade (...) Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico (...) Gere e disponibiliza informação adequada” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 19355-6).

Baseando o nosso trabalho na metodologia de planeamento em saúde, o diagnóstico da situação de saúde (DSS) realizado seguiu as orientações do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, o qual tem como um de seus objetivos reduzir num terço, até 2030, a mortalidade por doenças não transmissíveis (DNT) como a DM, via prevenção e tratamento como promover a saúde mental e bem-estar da pessoa (DGS, 2021). Desta forma, baseado em evidências científicas, a nível nacional, mundial e como uma das necessidades identificadas como prioritárias, após o DSS, em um concelho da região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT), Portugal, exploramos as formas de prevenção e promoção à saúde em PD, direcionando a importância do atendimento do enfermeiro à educação ao utente com diabetes como foco principal de sua intervenção, entendendo-o como aliado no processo saúde-doença para prevenção de sequelas irreversíveis.

Com a pertinência da problemática relatada, através do DSS, foi instituído o projeto de intervenção comunitária intitulado “Prevenir é o melhor remédio”, dirigido à população adulta com diabetes, entre 45 e 74 anos de idade, e suas famílias, com o objetivo principal de promover a LS ao utente com diabetes na prevenção do PD num concelho da RSLVT.

Pretendeu-se empoderar o utente ao proporcionar conhecimento sobre autocuidado seguro e responsável na prevenção do PD para pessoas com diabetes e suas famílias, criar dossier de sugestões de atividades para promoção da LS de forma contínua a grupos de pessoas com diabetes para prevenção de complicações com entrega às Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e foi desenvolvida proposta de criação de grupo de apoio para LS a pessoas diabéticas no ACES.

Consequentemente, espera-se que essas ações venham no futuro ajudar na redução da incidência de PD e diminuição dos internamentos hospitalares para tratamento de PD.

Após esta introdução, o documento apresentará em sequência, nomeadamente, o enquadramento teórico com a contextualização da temática sobre DM, determinantes de saúde no contexto de diabetes, contexto das feridas crónicas em pessoas com diabetes, PD, prevenção e acompanhamento do PD, promoção da saúde, literacia em saúde e a diabetes, capacitação dos utentes para o autocuidado, a participação da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e a influência da teoria de Dorothea Orem. De seguida, a metodologia e questões éticas do planeamento em saúde e diagnóstico da situação de saúde mais as considerações éticas. O diagnóstico da situação de saúde: característica geodemográfica do Concelho e socioeconómica; situação de saúde; redes de apoio

social; instituições de saúde; análise dos resultados com a identificação das necessidades/problemas e dos dados do Concelho e da entrevista realizada a informadores chave. A definição de prioridades, da população alvo, dos objetivos e estratégias. Dando continuidade, a preparação operacional com a seleção de intervenções/atividades, previsão de recursos, resultados esperados e seguimento *follow-up*, a implementação da intervenção com a identificação das necessidades das pessoas com diabetes, apresentação e discussão de resultados, considerações finais da análise de resultados, sessões de educação para a saúde e outras atividades desenvolvidas no âmbito do projeto. Finalmente a avaliação do projeto, outras atividades complementares, reflexão sobre a aquisição de competências e, logo a seguir, as considerações finais.

A sua estrutura está de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2.ª Versão) do Instituto Politécnico de Portalegre da Escola Superior de Saúde e suas referências bibliográficas com a norma de referenciação *American Psychological Association* (APA) - 7ª Edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Como forma de evoluir no conhecimento, compreensão e contextualização da problemática de PD na população adulta, como na promoção e avaliação de sua LS, procedeu-se à revisão de literatura para fundamentação.

1.1 Diabetes Mellitus

A diabetes é uma condição crónica, quando o corpo é incapaz de ajustar os níveis excessivos de glucose. Se não for diagnosticada ou mal controlada, pode resultar em complicações graves, como cegueira, insuficiência renal e amputação de MMII (OECD/*European Union*, 2020).

A DM é uma das principais doenças crónicas a nível mundial, que só tem crescido devido ao aumento da esperança média de vida, conhecida pelas suas complicações e uma doença de responsabilidade da saúde pública (Silva *et al.*, 2007).

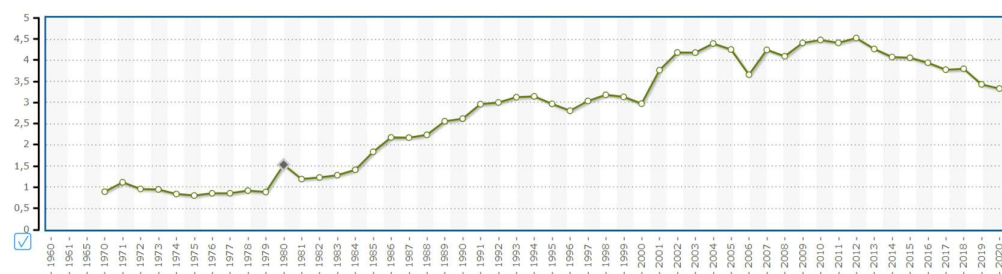
É uma doença ocasionada pelo distúrbio de absorção da glucose, adquirida principalmente através da absorção dos alimentos no sistema digestivo, tendo sua formação no fígado. A insulina é a hormona responsável pelo controlo de seu nível no sangue, regulando sua produção e armazenamento. Em uma pessoa com diabetes, as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode parar de produzi-la, aumentando os níveis de glucose, levando à hiperglicemia. Isso pode gerar complicações como a cetoacidose diabética e a síndrome hiperglicémica hiperosmolar não cetótica e, a longo prazo, a falência de órgãos a contribuir com as complicações macrovasculares (doença coronária, vascular cerebral e periférica), microvasculares (doença renal e ocular) e neuropáticas (Smeltzer & Bare, 2002, citado por Silva *et al.*, 2007).

Associações de cuidados a pessoas com diabetes e pré-diabetes confirmam que cerca de 40% das pessoas com diabetes adquirem complicações tardias da DM de forma silenciosa, atingindo órgãos mais sensíveis como rim, coração e olho. Causam lesões de vasos sanguíneos pequenos e grandes ou nervos, o que pode levar também ao PD e a outras complicações como disfunção sexual e infeções (Associação de Pessoas com Pré-diabetes/Portugal - Giro HC, s.d).

A causa por mortes de diabetes em Portugal foi de 3,3 % em 2020 (gráfico 1), em comparação a outras causas como suicídio 0,8 % e tuberculose 0,1%, enquanto acidentes/envenenamentos/violências foi 0,1p.p. a mais que diabetes, 3,4% (PORDATA, 2023).

Gráfico 1

Óbitos por diabetes (%)



Fonte: PORDATA (2023), consultado a 02 de março de 2023.

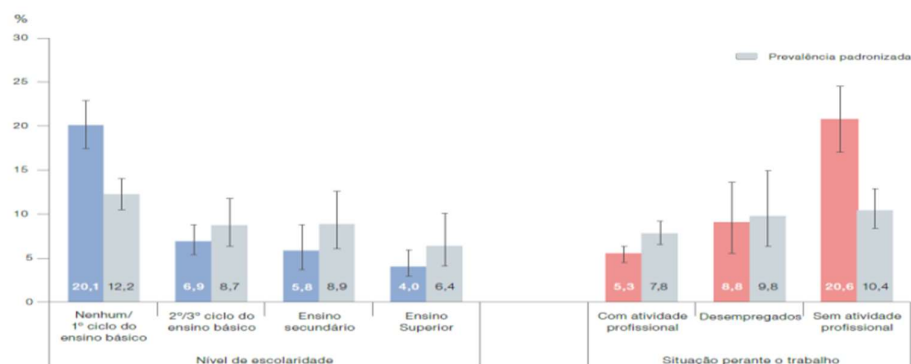
1.1.1. Determinantes de saúde no contexto de diabetes

Os determinantes de saúde de uma população, enquanto fatores que podem contribuir para reduzir ou aumentar a incidência de uma doença ou morte, devem ser levados em consideração para o planeamento de estratégias de base populacional. Encontram-se discriminados no PNS 2021-2030, sendo adotada a seguinte classificação: ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e prestação de cuidados de saúde (DGS, 2021).

No gráfico 2 pode-se perceber a influência que as desigualdades socioeconómicas podem causar no surgimento de doenças como diabetes. Um problema de saúde pode estar relacionado a mais de um determinante de saúde e vice-versa. De acordo com Namorado S. *et al.* (citado por DGS, 2021, p. 121), a baixa escolaridade, por exemplo, pode estar relacionada a prevalência de algumas doenças como a DM, hipertensão, colesterol elevado, obesidade, excesso de peso e baixa atividade física. Um grupo de determinantes também pode estar relacionado a um grupo de vários problemas. Cada vez mais comprova-se que diferentes tipos de determinantes de saúde interagem entre si a formar uma rede intrincada e complexa de relações/influências (DGS, 2021).

Gráfico 2

Prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, em 2015, com idade entre os 25 e os 74 anos (PNS 2021-2030), por nível de escolaridade e situação perante o emprego



Fonte: DGS (2021). Adaptado do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF).

A tabela 1 faz um comparativo nos anos de 2021 e 2020, entre as idades, escolaridades e condição de emprego. À semelhança dos anos anteriores, em 2021 a condição de referir ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, afetava mais as mulheres (47,0%) do que homens (40,4%), e em especial a população com 65 ou mais anos (71,4% contrapondo 34,1% da população com menos de 65 anos). Por outro lado, essa condição era consideravelmente menor para a população que tinha concluído o ensino secundário ou o ensino superior (nos dois casos, uma média de 31% em 2021), comparando com o ensino básico (53,3%) e a sem qualquer nível de escolaridade completo (80,1%). Relativamente ao trabalho, é perceptível a superioridade da prevalência da morbilidade crónica na população reformada (71,1%) por comparação com a empregada (30,9%) ou com a desempregada (40,6%) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022).

Tabela 1

Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado por categorias sociodemográficas, Portugal, 2020-2021 (unidade %)

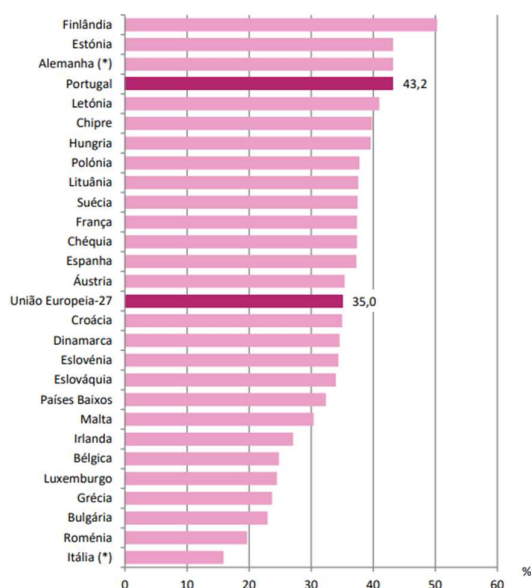
	2021	2020
Sexo e Grupo etário		
Total	43,9	43,2
16-64 anos	34,1	32,5
65+ anos	71,4	73,8
Homens	40,4	39,6
16-64 anos	32,0	30,3
65+ anos	67,5	70,2
Mulheres	47,0	46,3
16-64 anos	36,0	34,4
65+ anos	74,3	76,4
Nível de escolaridade		
Nenhum	80,1	80,6
Ensino básico	53,3	51,6
Ensino secundário	31,3	29,2
Ensino superior	30,8	29,9
Condição perante o trabalho		
Empregados	30,9	29,0
Desempregados	40,6	40,7
Reformados	71,1	73,2
Outros inativos	43,8	41,2

Fonte: INE (2022). Nota: População com 16 ou mais anos.

De acordo com o INE (2022), os “resultados obtidos ao nível da UE-27 relativos a 2020, indicam que Portugal era um dos cinco países em que a proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado era mais elevada, com proporções acima dos 40%” (p.15). A figura a seguir (gráfico 3), aponta Portugal como o quarto país (UE – 27) com uma das proporções mais elevadas neste quesito (INE, 2022).

Gráfico 3

Proporção da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, UE-27, 2020

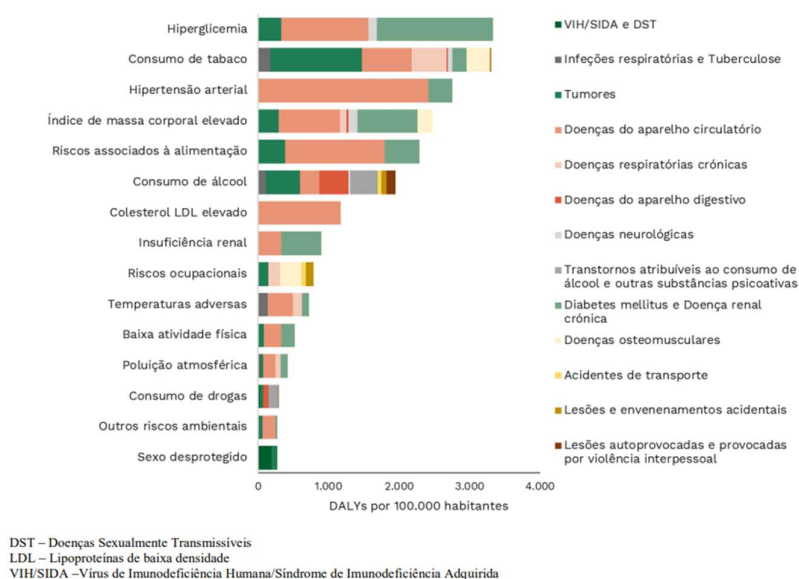


Fonte: INE (2022). Notas: (*) dados de 2019.

O gráfico 4 está presente no PNS 2021-2030, onde faz uso de DALYs (medida que traduz os anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença e incapacidade), dos principais fatores biológicos, comportamentais e ambientais em Portugal no ano de 2019 (DGS, 2021). É perceptível a hiperglicemia como um dos fatores mais presentes, contribuindo para os problemas de diabetes e de doença renal crónica.

Gráfico 4

DALYs (por 100.000 habitantes) atribuíveis aos principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade, por doença, ambos os sexos, em Portugal, 2019



Fonte: DGS (2021). *Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Compare*. Tratamento de dados - Equipa PNS 21-30/DGS.

Em um estudo, que investigou a relação do autocuidado com os pés e com o estilo de vida entre homens e mulheres com diabetes, verificou-se um défice de autocuidado com os pés significativamente maior nos homens. Para além disso, eles apresentam um estilo de vida menos saudável, o que contribui para a exacerbação da patologia e de suas complicações nesse grupo. A equipa de enfermagem, portanto, precisa estar atenta a todos os paradigmas sociais que possam interferir na situação de saúde da população (Rossaneis *et al.*, 2016, citado por Pontes *et al.*, 2021).

De acordo com o estudo de Ribeiro (2019), por exemplo, há influência do risco social com a existência de feridas crónicas e a territorialização de uma unidade em cuidados de saúde primários (CSP) permite conhecer e considerar tal risco, determinantes e condicionantes sociais de uma comunidade, como um fator de cronificação das lesões, o que não seria de fácil identificação por outro nível de atendimento de saúde.

1.1.2. Feridas crónicas em pessoas com diabetes

A existência de ferida crónica (FC) tem alto impacto na vida dos utentes, na sua qualidade de vida, e também ao sistema de saúde com o custo dispensado à variedade de pensos fornecidos e medicamentos, sendo, portanto, um grande motivo de estudos na área. “É importante ressaltar que a literatura mostra que a melhor forma de se evitar altos custos destinados ao tratamento de lesões é investindo e educando nas equipas para a prevenção” (Brito et al., 2013, citado por Matos & Cruz, 2020, Prática de enfermagem baseada em evidência sobre cicatrização de feridas por segunda intenção - Revisão Sistematizada da Literatura).

É importante registar que a assistência prestada ao tratamento de FC é atribuição das unidades de CSP, mas que infelizmente percebe-se nessas a falta de materiais de pensos importantes para o processo de cicatrização das lesões com a descontinuidade da utilização dos mesmos. Há o distanciamento entre os recursos materiais que são necessários com os que são disponibilizados pelo serviço de saúde, justificando que a oferta sempre foi inferior a demanda (Ribeiro, 2019). Portanto, não basta o enfermeiro ser um ótimo profissional, o mesmo precisa de instrumentos eficientes para a realização de seu trabalho e com isso proporcionar uma técnica segura e, consequentemente, livre de danos ao utente.

Ainda segundo Ribeiro (2019), a continuação dos cuidados através da provisão dos recursos desses materiais não é uma responsabilidade somente dos profissionais da assistência, mas também, de modo igual, um compromisso dos gestores dos serviços e do sistema de saúde. Estes devem ser solicitados como parte essencial no processo do cuidar.

Faz-se necessário, também, um novo olhar do enfermeiro sobre o utente com difícil cicatrização, orientando-o a um maior cuidado na identificação dos fatores de risco, à investigação, e na realização do autocuidado, utilizando-se da implementação de estratégias como a promoção de LS para o empoderamento do utente e, assim, possibilitar o êxito de seu acompanhamento.

Não é demais lembrar da humanização de seu atendimento, que a pessoa que possui uma ferida tem sentimentos, se emociona, tem desejos e necessidades e que, por isso, devemos tratá-la pelo nome e não a comparar à doença como no uso de expressões para identificá-la, por exemplo, “o pé diabético”. De acordo com Silva *et al.* (2007), substituir o nome do utente por uma denominação de tratamento qualquer pode ocasionar uma ferida não na pele, mais internamente e muito mais difícil de curá-la, uma “ferida na alma”.

O “enfermeiro é um profissional de extrema importância para o acolhimento e acompanhamento do usuário com doenças crônicas, sendo agente de transformação e através da educação em saúde e educação dialógica” (Pontes *et al.*, 2021, p.6).

1.1.3. Pé diabético - prevenção e acompanhamento

O PD é uma das complicações mais frequente da diabetes e responsável pelo maior número de amputações em Portugal. Para se evitar a complicação é preciso não só o controlo da doença, mas também manter várias medidas de cuidados com os pés. Além disso, todas as pessoas com diabetes devem fazer uma consulta anual com médico/enfermeiro, onde será feita uma classificação de risco, nomeadamente: baixo, médio ou alto risco (Giro HC, s.d.)

Sua consequência é devido a dois fatores: aterosclerose (placas de gorduras e outras substâncias nos vasos arteriais) e neuropatia (degeneração dos nervos). No primeiro, ocorre uma deficiência no aporte de oxigénio, devido à obstrução parcial ou total das artérias, não permitindo que chegue sangue suficiente. Isso pode levar a uma formação de úlcera que tem um processo de cicatrização difícil pelo oxigénio insuficiente, o que poderá gerar uma necrose – morte dos tecidos. Nesta fase, acontece a necessidade de amputação para que a infeção gerada não atinja tecidos são. O segundo fator, é que ocorre a destruição dos nervos dos pés. Esses trazem e levam informações de sensações como frio e calor. Seus neurónios são considerados frágeis, devido seu longo comprimento. A DM acelera esse processo destrutivo dos neurónios presentes, gerando uma perda da sensibilidade no pé. Isso torna a prevenção como a melhor atitude a se ter, não esperando o surgimento de uma úlcera (Giro HC, s.d.).

A neuropatia diabética, portanto, é um agente causador, iniciando o processo fisiopatológico que leva desde ulcerações até amputações, sendo classificada como sensitiva (perda da sensibilidade), motora (apresenta deformidades nos pés) e autonómica (presença de ressecamento de MMII) (Silva *et al.*, 2007).

Em suma, a diabetes pode afetar as terminações nervosas e a circulação sanguínea. A primeira leva a uma pele sem transpiração, seca e grossa, sujeita a fissuras, o que levaria ao surgimento de feridas. A segunda dá origem aos pés frios e pálidos, devido a má circulação, o que pode provocar dores nas pernas, e as pessoas com perda de sensibilidade podem não sentir essa dor. As feridas que surgem, quer pela falta de sensibilidade quer pela diminuição da circulação, infetam facilmente e são de difícil cicatrização (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP], 2015).

Logo, de acordo com Santos *et al.* (2019), “maior atenção deve ser dada aos cuidados com os pés entre pacientes diabéticos considerando que é uma complicação altamente limitante” (p.69).

As pessoas com diabetes que não fazem o controlo da glicémia de forma adequada podem ter a sensibilidade das extremidades prejudicada, principalmente nos pés. É um problema de saúde pública, devido a sua frequência e ao elevado custo da terapêutica (Gamba, 1998, citado por Silva *et al.*, 2007).

Infelizmente as úlceras e amputações dos pés, consequências da neuropatia diabética e ou doença arterial periférica, são comuns e representam as principais causas de morbimortalidade em pessoas com diabetes. O que pode atrasar ou prevenir essas situações adversas são o reconhecimento e tratamento precoce de utentes com diabetes (American Diabetes Association [ADA], 2019).

É necessário que o enfermeiro desempenhe sua função na prevenção e no tratamento das complicações nos MMII, ocasionadas pelo controlo irregular da DM, de forma eficiente na implementação das ações de autocuidado, como com os pés e no tratamento com o uso de pensos especializados, que otimizem o processo cicatricial (Silva *et al.*, 2007). Deve-se priorizar a educação bem como a inserção do utente nos programas de saúde direcionados a DM (Browker & Wada, 2001, citado por Silva *et al.*, 2007).

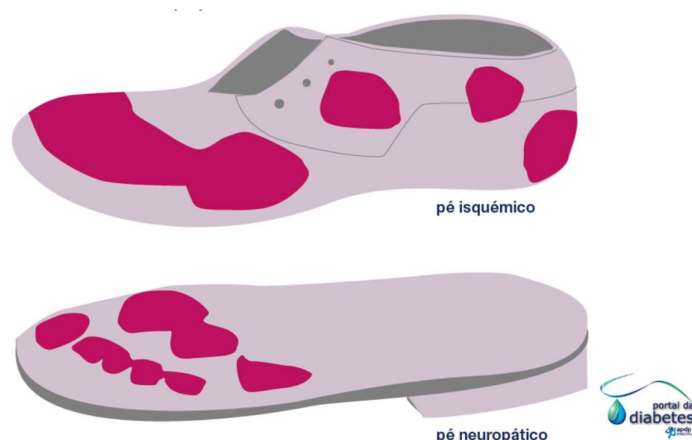
Segundo orientações da APDP (2015), quanto aos cuidados preventivos com os pés: no frio, não usar botija nem escalfeta para aquecer os pés – usar meias de lã; antes de calçar os sapatos, verificar se há objetos dentro dos mesmos; sapatos fechados protegem mais os pés de pancadas, pedras e/ou areia; não usar calçadas nem outro produto semelhante; aplicar hidratante nos pés, menos entre os dedos; usar uma lima de cartão para desgastar calosidades; lavar os pés diariamente com água tépida (verificar temperatura antes); usar sabonete de pH neutro; observar os pés todos os dias; secar bem os pés e entre os dedos; as meias não devem ter costuras nem elásticos, dar preferência as de algodão. Convém também visitar a equipa de saúde regularmente para avaliação de sensibilidade e circulação sanguínea dos pés ou para o tratamento do que venha a surgir como calos, feridas e unhas com problemas.

Outros cuidados como os requisitos para um bom calçado (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2020): ter espaço para os dedos poder se mexerem; não deve ter pressão na parte lateral dos dedos; o pé não deve deslizar dentro do sapato nem ter nenhum tipo de pressão; evitar pressão excessiva na planta do pé.

A figura 1 demonstra os locais mais propícios a lesões, levando-se em consideração a deficiência no aporte de oxigénio (pé isquémico) e a perda da sensibilidade (pé neuropático).

Figura 1

Pé diabético – locais mais propícios a lesões



Fonte: APDP, s.d., citado por Giro HC, s.d.

Recomendações aos serviços de CSP de como manter os cuidados com os pés, segundo as orientações da ADA (2019): realizar uma avaliação completa do pé, no mínimo anualmente, para identificação de fatores de risco para úlceras e amputações; inspecionar a cada visita os pés de utentes com perda sensorial, ulceração prévia ou amputados; obter um histórico prévio do utente referente à ulceração, amputação, pé de Charcot, angioplastia, cirurgia vascular, fumo, retinopatia, doença renal, sintomas atuais de neuropatia (dor, queimação, dormência) e doença vascular (fadigas nas pernas, claudicação); incluir no exame de inspeção à avaliação de deformidades do pé, a avaliação neurológica com teste de monofilamento de 10 g com no mínimo outra avaliação (picada de alfinete, temperatura, vibração) e a avaliação vascular que deve incluir os pulsos das pernas e pés; encaminhar os utentes com sintomas de claudicação ou pulsos diminuídos ou ausentes para avaliação do índice de tornozelo-braço e para o vascular conforme o necessário.

Recomenda-se também uma abordagem multidisciplinar para as pessoas com úlceras nos pés e com pés de alto risco como utentes em diálise, aqueles com pé de Charcot ou com úlceras anteriores ou amputação. Deve-se encaminhar utentes tabagistas ou que tenham história de complicações anteriores nos MMII, perda de sensação protetora, anormalidades estruturais ou doença arterial periférica, para especialistas de cuidados com os pés para prevenção contínua e vigilância vitalícia (ADA, 2019).

Além disso, é importante prover educação preventiva sobre autocuidado com os pés a todos os utentes com diabetes e o uso de calçados terapêuticos especializados é recomendado para utentes com diabetes de alto risco, incluindo os com grave neuropatia diabética, deformidades nos pés ou história de amputação (ADA, 2019).

O tratamento da diabetes tipo 2 também precisa ser seguido e assim contribuir com a prevenção. De acordo com Davies *et al.* (2018), o tratamento tem como objetivos prevenir ou impedir o avanço das complicações diabéticas e preservar a qualidade de vida. Isso pode ser alcançado conforme o resumo da figura 2, através de uma abordagem de gestão e de cuidado. Essas orientações geralmente são inaplicáveis a utentes com diabetes monogénica, secundária ou tipo 1 ou a crianças.

Figura 2 - Ciclo de decisão para o controlo glicémico centrado no utente com diabetes tipo 2.



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Davies *et al.*, 2018.

Para o acompanhamento do tratamento de ferida e regeneração tecidular, em um utente com o PD, é importante avaliar o risco em que se encontra, o estágio de sua ferida, para agir de forma atempada e eficazmente. O quadro 1 é uma sugestão desse tipo de avaliação, a classificação de Wagner/ SBACV 2001.

Quadro 1 - Pé diabético – categorias de risco e encaminhamento

Categorias de risco	Sensibilidade	Deformidades/hiperceratose	Úlceras	Encaminhamentos
Grau 0	Presente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico com revisão do pé a cada 6 meses ou anualmente
Grau 1	Ausente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico com revisão do pé a cada 3 meses ou 6 meses.
Grau 2	Ausente	Presente	Ausente	Acompanhamento clínico com revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para terapia ocupacional.
Grau 3	Ausente	Presente ou ausente	Cicatrizada	Acompanhamento clínico com revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para terapia ocupacional.
Grau 3a	Úlcera superficial com ou sem infeção superficial			Penso na unidade de saúde, antibiótico se indicado. Se houver evidência de isquemia, encaminhamento para a especialidade de cirurgia vascular.
Grau 3b	Úlcera profunda, sem infeção e sem atingir o osso			Encaminhamento para a especialidade de cirurgia vascular, marcação no máximo com 48 horas.
Grau 3c	Infeção profunda (celulite, abscesso, tendinite, sinovite, osteomielite)			Internação imediata.
Grau 3d	Necrose ou gangrena localizada			Encaminhamento para a especialidade de cirurgia vascular, marcação com no máximo 48 horas. No caso de gangrena, avaliar indicação de internação imediata.
Grau 3e	Necrose ou gangrena extensa			Internação imediata.

Fonte: Silva *et al.* (2007), adaptado da SBACV/2001 e da classificação de Wagner. Elaboração própria.

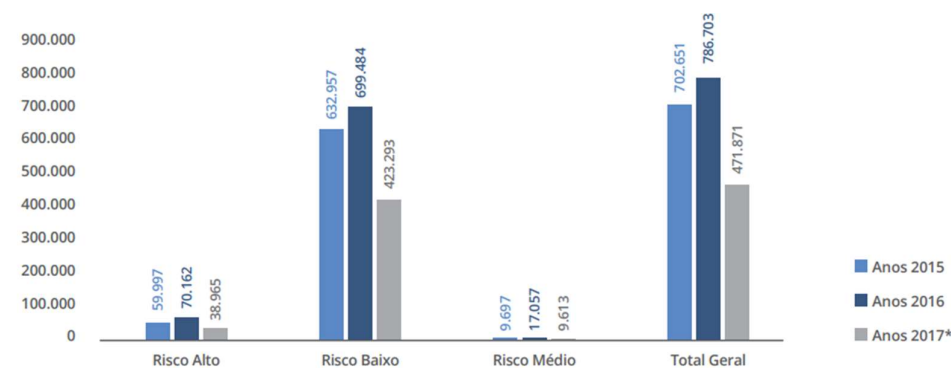
Numa consulta a um utente com diabetes com ferida no pé, os cuidados de enfermagem devem conter, nomeadamente: a avaliação do enfermeiro; solicitação de análises, quando padronizadas; prescrição de pensos, quando necessária e padronizada; realização do penso, evitando danos ao tecido de granulação; medição das bordas da ferida, utilizando régua descartável, registando altura, largura e profundidade, em centímetros; registo do procedimento executado no processo, caracterizando detalhes como tipo de tecido, aspeto da ferida, queixas e conduta; orientação e capacitação dos cuidadores, quando estes forem responsáveis pela continuidade do cuidado ao utente (Oliveira *et al.*, 2016, Kremer *et al.*, 2019, citado por Matos & Cruz, 2020).

É importante incluir também a avaliação da dor, não só registar, mas também providenciar o seu tratamento. Para medição da dor pode-se utilizar de escalas de estudos, com a atribuição de valores para a sensação de dor como, por exemplo, normalmente pede-se para os utentes atribuírem um número de 1 a 10, na intenção de avaliar o nível da dor do mesmo. Segundo Trivellato *et al.* (2018), as consultas de enfermagem, demandam uma alta eficiência técnica e de percepção terapêutica, decisivos para o conforto, confiança, resolubilidade do tratamento e, por conseguinte, a diminuição da dor, propiciando também uma maior adesão ao cuidado.

É essencial, devido o PD ser uma das complicações da diabetes e responsável por elevados graus de incapacidade com a perda da qualidade de vida da pessoa, que se ponha em prática uma avaliação regular do risco para prevenção de intervenções futuras. No ano de 2016 foram realizadas, em âmbito dos CSP, 786.703 avaliações de risco do PD a utentes com diabetes e dados provisórios do primeiro semestre de 2017 indicaram a realização de 471.871 avaliações de risco do PD (gráfico 5) (DGS, 2017). Isso nos leva a considerar que existe uma maior conscientização quanto às atividades preventivas.

Gráfico 5

Número de avaliações de risco de pé diabético registado nos CSP, por grau de risco | 2015-2017



Nota: *Dados provisórios primeiro semestre de 2017

Fonte: DGS, 2017 (SIARS/SPMS).

1.2. Promoção da Saúde

Foi em Ottawa que ocorreu a primeira conferência sobre promoção da saúde, em 21 de novembro de 1986, por meio da qual se obteve a aprovação da Carta de Ottawa. Nesta constam as orientações para proporcionar a saúde a todos no ano de 2000 e seguintes. A carta está fundamentada no progresso das declarações de Alma Ata, relativo aos CSP, no documento As Metas da Saúde para Todos, da Organização Mundial da Saúde (OMS), e no debate ocorrido em Assembleia Mundial de

Saúde (Instituto de Administração da Saúde, Instituto Público integrado à Região Autónoma da Madeira [IASaúde, IP-RAM], s.d.).

A Carta de Ottawa define Promoção de Saúde como o processo que permite a pessoa aumentar o controlo de sua saúde e melhorá-la. Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, uma pessoa ou grupo deve ter condições de identificar e executar aspirações, de satisfazer necessidades, de transformar ou saber conviver com o ambiente. A saúde é, por conseguinte, percebida como um recurso que põe em relevo os meios sociais e pessoais, como também as capacidades físicas. Consequentemente, a promoção da saúde não é somente responsabilidade do sector saúde, vai além do estilo de vida saudável, alcançando o bem-estar (*World Health Organization [WHO]*, s.d.).

De acordo com a Organização Pan-Americana, a agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável sublinha que a promoção da saúde tem efeito para além dos resultados ligados a doenças. O recurso destinado para promoção da saúde também tem efeito na diminuição da pobreza, na igualdade de género, no crescimento económico e resiliência, promovendo o *empowerment* das comunidades, tornando-as também mais inclusivas e pacíficas (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2018).

Para alguns autores não existe a distinção entre os termos promoção da saúde e saúde pública, para outros, embora concordem que exista uma relação, não são sinónimos. O facto é que a promoção da saúde tem sua própria ideologia. A promoção da saúde surge como resposta à necessidade de retratar o ambiente, como também os determinantes da saúde e inclui esforços para enfrentá-los por meio das políticas públicas de saúde. A promoção da saúde pode ser resumida em uma equação, *promoção da saúde é igual a educação em saúde vezes políticas públicas de saúde* (Green *et al.*, 2019).

Já os autores Loureiro e Miranda (2018) definem a promoção da saúde como esforços praticados pelo indivíduo ou coletivamente para que se realize o potencial máximo que se consiga aspirar. Parece ser simples equacionar, mas na realidade é complexo. Defendem, portanto, uma capacitação adequada dos cidadãos e comunidades para que estejam informados e livres para suas escolhas. Políticas de saúde, neste processo, são importantes e precisam ser discutidas como a situação ecológica, demográfica, económica e social, pois afetam sobremaneira a saúde da população.

É de suma importância que se promovam estratégias para favorecer atividades que venham a contribuir com a saúde das pessoas e toda a sociedade deve se sentir responsável para facilitar e contribuir, como os diversos órgãos/entidades, com ações que visem prestar benefícios para o bem-estar e melhor qualidade de vida da pessoa.

De acordo com o regulamento n.º 348/2015 da OE (2015), “na promoção da saúde, a capacitação significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento

para a saúde através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde”. (p.16485)

Em estudo realizado, do conhecimento sobre a complicação do PD, o qual a maioria dos entrevistados eram idosos e com baixa escolaridade, quando perguntado sobre os cuidados que eram precisos serem tomados, apenas 12 % mostraram algum conhecimento, evidenciando-se a importância da necessidade de educação em saúde nos CSP (Aires *et al.*, 2015, Pontes *et al.*, 2021).

Percebe-se que ações de educação em saúde devem ser realizadas quer de forma coletiva quer individual. É importante enfatizar que ações como essas são de extrema importância para ampliar o autocuidado, porém não devem ser realizadas de forma pontual e sim de forma contínua para que a intervenção seja de forma efetiva (Marques *et al.*, 2019, citado por Pontes *et al.*, 2021).

Ressalta-se que a dedicação do enfermeiro com a saúde do utente gera uma qualidade de vida no mesmo, sendo que é responsabilidade de ambos o processo do cuidado, o enfermeiro com o conhecimento científico a trabalhar com medidas educativas para o cuidado e o utente a seguir as orientações fornecidas pelo profissional (Padilha *et al.*, 2017, citado por Pontes *et al.*, 2021)

1.3. Literacia em Saúde e a Diabetes

A LS era, para alguns autores, associada e dependente exclusivamente das competências e habilidades pessoal, para outros dependia do funcionamento do sistema de saúde. Atualmente houve uma evolução em sua compreensão, onde a LS está direcionada ao relacionamento entre as competências da pessoa recetora de cuidados de saúde e os profissionais de saúde ou ainda o sistema de saúde prestador dos cuidados. Elas variam no tempo e depende do contexto. A LS é um conceito que evolui de forma contínua e é cada vez mais visto como algo transversal aos cuidados de saúde e prioridade na prestação destes com qualidade e segurança (Parnell, 2015, citado por Dores 2021).

Segundo a OMS, a LS representa o conhecimento e competências acumulados por meio das atividades diárias e de interações sociais e entre gerações, mediados pelas estruturas organizacionais e de disponibilidade de recursos para que as pessoas possam acessar, perceber, avaliar e utilizar as informações e serviços de forma a promover e manter uma boa saúde e bem-estar para si como também para os que estão à sua volta (WHO, 2022). Além disso, implica a motivação das pessoas para aplicarem as informações em saúde e de tomar as decisões no seu dia-a-dia sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, conservando e melhorando a saúde por todo o ciclo da sua vida (DGS, 2019). Segundo a DGS “A promoção da Literacia em Saúde, junto das pessoas, das

comunidades, e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública” (DGS, 2019, p. 6).

A LS, portanto, é extremamente importante para propiciar o autocuidado e tomada de decisão das pessoas com diabetes tipo 2. Uma LS deficitária nesta população está associada a piores resultados de má gestão do controlo da doença, das medidas de autocuidado e de adesão ao tratamento (Coutinho, 2022).

O Programa Nacional para a diabetes (PND) é um dos programas de saúde pública mais antigo em Portugal, data desde 1974, passando por algumas reformulações. Em 2012 foi considerado um dos programas prioritários pela DGS (DGS, s.d.)

A educação sobre diabetes tem evoluído. Utiliza-se de modelos que buscam mudanças de comportamentos positivos para as técnicas atuais de estímulo e treinamento à prática do autocuidado. Seus objetivos principais são nomeadamente: reduzir barreiras entre as pessoas com diabetes, seus familiares, comunidades e profissionais de saúde; capacitar o diabético para o autocuidado; prevenir ou atrasar a diabetes e suas complicações agudas/crónicas e proporcionar a qualidade de vida. A educação é o instrumento principal para garantir que a pessoa com diabetes estará no centro das decisões de seu próprio tratamento (SBD, 2019).

É essencial incluir a participação do utente com diabetes nos cuidados programados de enfermagem. Garantir que o conhecimento sobre sua doença foi adquirido e avaliar se é possível realizar o autocuidado, e se existe a necessidade de um familiar a responsabilizar-se pelos cuidados da pessoa com diabetes.

De acordo com os padrões nacionais para educação e suporte para a autogestão da diabetes (ESAD), todas as pessoas com diabetes devem participar da educação para a autogestão desta doença e, conseqüentemente, facilitar o conhecimento e as habilidades necessárias ao autocuidado com a diabetes. O suporte para o autocontrolo da diabetes, também, é recomendado para auxiliar na implementação e manutenção de habilidades e comportamentos necessários à autogestão contínua (ADA, 2019).

Segundo Santos *et al.* (2019), o enfermeiro deve instruir o utente diabético e certificar-se de sua compreensão, além de fazer visitas domiciliares para averiguar se os cuidados estão sendo realizados. Acrescentam que o utente deve fazer a sua parte, também, através do controlo glicémico, prática de exercícios e de hábitos de vida saudáveis. Explicam que a maioria das pessoas com alterações glicémicas, em seu estudo, apresentou alterações na avaliação dos pés (a lesão esteve presente em 69,3% de sua amostra), demonstrando que os cuidados com os pés são negligenciados.

Percebemos que o mais viável é prevenir para que não surja a úlcera de PD ou uma outra lesão em qualquer outra parte do corpo, esgotando-se as formas de orientações possíveis para que se consiga atingir o sucesso no atendimento.

Os cuidados de enfermagem não dependem tão somente do profissional enfermeiro, mas de um trabalho em parceria com o utente/familiar. “É essencial que a população no seu conjunto chegue a uma grande autonomia na estruturação do seu próprio futuro de saúde” (Imperator & Giraldes, 1982, p.8).

Também Coutinho (2022) alega que o atendimento a pessoas com diabetes tipo 2 é prioridade nas intervenções de enfermagem no que diz respeito à promoção da saúde e que tal situação justifica o seu estudo “Literacia em Saúde na Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2”. Na sua opinião, devido a prevalência e complicações da diabetes, como o risco de morte aos 70 anos de idade, é importante a continuidade de planeamentos em prevenção e controlo da doença, proporcionando a LS integrada à população.

Nesse sentido, a LS precisa ser considerada como uma estratégia importante, pois os cuidados de um enfermeiro precisam ser continuados pelo utente e/ou familiar de forma responsável. Contudo, é importante capacitar a pessoa para que adquira a segurança e a técnica necessárias para saber como proceder no período da ausência de um enfermeiro. A intenção não é substituir a função do enfermeiro, mas de ser um complemento para comportamentos assertivos.

1.4. Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Com o envelhecimento da população, as mudanças epidemiológicas e de comportamentos da sociedade portuguesa, e também dos perigos à saúde das comunidades, definem-se novas necessidades de saúde que exige a organização de respostas apropriadas, individualizadas e de qualidade, direcionadas na promoção da saúde, gestão de risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de adaptação/readaptação e de suporte. Conjuntamente, vive-se em um momento em que a comunidade está mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e pretende assumir uma parceria ativa ao reivindicar seus direitos às tecnologias e ciências. São resultados para novos desafios à capacidade de intervenções dos profissionais de saúde (OE, 2015).

O enfermeiro com especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública facilita a informação a grupos e comunidade a fim de que a sociedade possa gozar de uma vida plena e saudável. Para isso este profissional deve dominar as técnicas de intervenção em educação, inovadoras e certificadas cientificamente, para garantir o esclarecimento de forma a alcançar o conhecimento

desejado de um determinado grupo. Ele empregará de todos os seus conhecimentos atuais e dos anteriormente adquiridos das unidades curriculares, desde sua formação de enfermeiro como de toda a sua experiência enquanto profissional e especialista.

O EEECSF “identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades; gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades; concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação e utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades” (OE, 2018, p. 19356). Especificamente, referente à promoção da LS e prevenção do PD, através da gestão de informação, contribui para capacitação de grupos/comunidades ao promover a capacitação dos mesmos para a consecução de projetos de saúde coletivos.

Um enfermeiro especialista tem atribuições comuns aos demais especialistas, nomeadamente:

Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada; revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas; usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados; assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica. (OE, 2019, p.4750)

Neste aspeto, produto do seu conhecimento e experiência clínica, o EEECSF possui uma perceção extensa sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma apropriada às diferentes necessidades de cada utente (pessoas, grupos ou comunidade), propiciando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011).

A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como foco de intervenção a comunidade e dirige-se a:

Projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem — Conselho de Enfermagem). (OE, 2015, p.16482)

O EEECSF adquire competências que lhe permite participar de uma avaliação multicausal, em processos decisivos de importantes problemas de saúde pública e em desenvolvimento de programas

e projetos de intervenção, com a finalidade de capacitação e *empowerment* das comunidades na conquista de projetos na área de saúde coletiva e do exercício de cidadania (OE, 2011).

O resultado de seu esforço, enquanto mediador da educação, seria a saúde da população, que é definida como os resultados de saúde de um grupo de pessoas, onde podem ser medidos pela mortalidade, morbidade, saúde e estado funcional, incidência e prevalência das doenças, fatores comportamentais e metabólicos como exercício, dieta e a hemoglobina glicada (ADA, 2019).

1.5. A Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

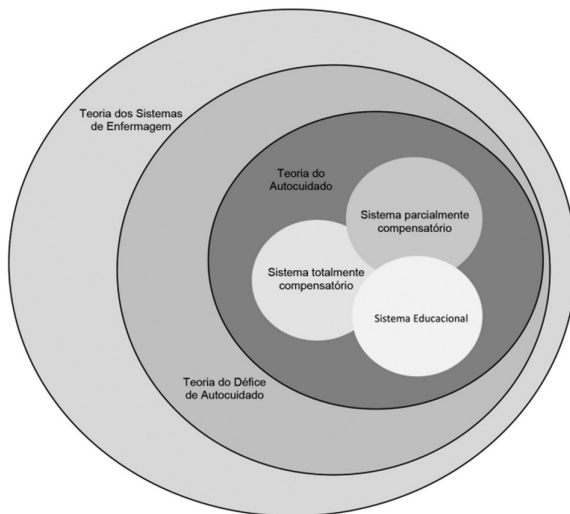
A teoria do autocuidado de Dorothea Orem é de relevância para prestação de cuidados de enfermagem qualificados ao auxiliar o enfermeiro com uma base teórica para sua assistência em saúde. “Assim, a reflexão sobre a aplicabilidade dos modelos e teorias de enfermagem, permite validar e construir novas formas de atuar na assistência de enfermagem, identificando limites e relações entre profissionais e indivíduos necessitados de cuidados” (Moreira *et al.*, 2018, p. 4).

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) é uma das teorias mais citadas na enfermagem. Foi desenvolvida entre os anos de 1959 e 1985 e incorpora o modelo de Enfermagem proposto por Dorothea Orem (Queirós *et al.*, 2014). Esse autocuidado pode ser definido como atividades para o aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que a iniciam e desenvolvem em um período, com o objetivo de preservar a vida e o bem-estar da pessoa (Orem 2001, citado por Queirós *et al.*, 2014). Determina a necessidade de intervenção da enfermagem, quando os deveres para o autocuidado são maiores que a capacidade do indivíduo para desenvolvê-lo. Apesar de ser abstrato, em termos de limitações, facilita a compreensão do papel da pessoa no autocuidado e fornece indicações para a escolha das intervenções de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002, citado por Queirós *et al.*, 2014).

A TDAE compreende três teorias inter-relacionadas (figura 3): autocuidado; déficit de autocuidado; e sistemas de enfermagem (Orem, 2001, citado por Queirós *et al.*, 2014). Dorothea Orem identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, nomeadamente: sistema totalmente compensatório, onde a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; sistema parcialmente compensatório, o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudar no que ele não é capaz de realizar por si só; e apoio-educativo, em que o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, apesar de necessitar dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar nas ações (Tomey & Alligood, 2002, citado por Queirós *et al.*, 2014).

Figura 3

Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem



Fonte: Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby. Citado por Queirós *et al.* (2014).

Assim consideramos que a teoria do autocuidado de Orem, na vertente da teoria do autocuidado do Sistema Educacional – Apoio educativo, é um contributo expressivo para este projeto.

Segundo Orem, o processo de enfermagem permite o diagnóstico da necessidade de cuidados, fazer o planeamento e intervenção, obedecendo os seguintes critérios: “determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência do autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem” (Tomey & Alligood, 2002, citado por Queirós *et al.*, 2014).

2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

A metodologia em questão, apesar de fazer referência à saúde, não depende somente do sector saúde, envolve outros sectores como económico e social que condicionam a população (Imperatori & Giraldes, 1982).

Para investigar, recolher informações, desenvolver as etapas do planeamento em saúde, é necessário o enfermeiro ter uma postura ética, respeitando os direitos e preservando a imagem dos envolvidos neste processo.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019), o enfermeiro especialista promove a proteção dos direitos humanos; defende os Direitos Humanos, conforme deontologia profissional; assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação; assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional; incentiva o respeito pelo direito do cliente à privacidade; assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; garante o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.

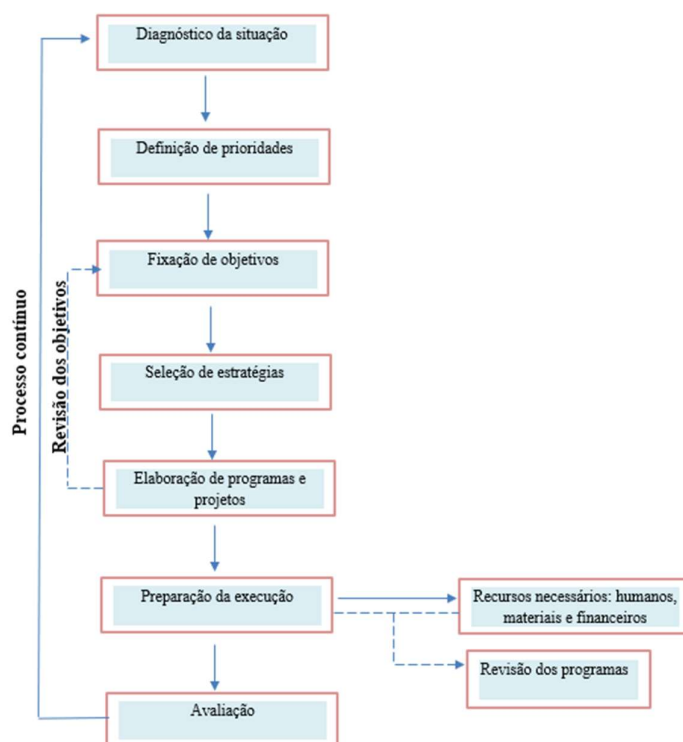
2.1. Metodologia do Planeamento em Saúde

A metodologia do planeamento em saúde se desenvolve através da identificação criteriosa dos problemas e das intervenções adequadas dirigidas às necessidades (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1992).

O processo de planeamento é contínuo e dinâmico, não se considera uma etapa inteiramente concluída. Sempre há a possibilidade de voltar, recolher mais informações e refazê-la, até mesmo quando chegada a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982).

As principais fases (figura 4) são: o diagnóstico de situação de saúde, onde se identifica os principais problemas de saúde, segue-se a definição de prioridades e seleção dos problemas de saúde que deverão ser resolvidos; a fixação dos objetivos que proporcionará o resultado desejável da solução dos problemas; a seleção de estratégias que é um conjunto de técnicas para alcançar os objetivos; a elaboração de programas e projetos com o estudo detalhado das atividades para execução de estratégia; a preparação da execução, essencial para o êxito do projeto, e a avaliação, importante para a identificação dos principais indicadores do controlo da execução. Concluídas as fases, é essencial retornar a etapa inicial, atualizando o diagnóstico, melhorando a informação, sendo o planeamento, portanto, trabalhado de forma contínua e dinâmica (Imperatori & Giraldes, 1982).

Figura 4 - Etapas do Planeamento em Saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Imperatori e Giraldes (1982).

2.2. Metodologia no Diagnóstico de Situação de Saúde

O diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado e aprofundado, sucinto, rápido e claro (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1992).

No âmbito foram realizadas visitas a uma unidade de saúde familiar (USF) e a uma unidade de saúde pública (USP) da RLVT, onde, foram realizadas entrevistas (Apêndice I), a uma amostra por conveniência constituída pelos profissionais presentes (enfermeiros e médicos) sobre o problema de saúde que consideravam exigir intervenção imediata. Para além disso, foram realizadas análises dos dados fornecidos pelo serviço informático do ACES, avaliações do Plano Local de Saúde (PLS) e o de ação desenvolvido pelas unidades, como também, do PNS 2021-2030. Ademais realizou-se uma investigação nas bases de dados, sites vinculados ao Serviço Nacional da Saúde e o da Câmara Municipal, obtendo-se o perfil da população.

Após a perceção do problema de saúde ter se direccionado às complicações da diabetes (Apêndice II), foi solicitado às USF e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) os números de atendimentos a pessoas com diabetes em sala de tratamento com a determinada especificação do procedimento realizado.

Portanto, baseado nos dados fornecidos e levantados, através de uma pesquisa minuciosa, foi possível obter o diagnóstico de saúde da população alvo.

2.3. Metodologia de recolha e análise de dados na implementação do projeto

A pesquisa realizada trata-se de um estudo qualitativo descritivo exploratório, pois o descritivo “ambiciona obter os parâmetros inerentes ao estudo de uma população (...) Descreve uma realidade (...) Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise (...) Avaliam diversos aspetos” (Vilelas, 2022, p. 214-5). É exploratória, pois procura conhecer variáveis desconhecidas, formula conceitos e ideias (Vilelas, 2022).

A população alvo foi constituída pelos utentes com diabetes, entre os 45 e 74 anos, a serem cuidados a feridas dos pés nas unidades de saúde de um dos concelhos de um ACES da área metropolitana de Lisboa (AML). A escolha desta população foi sustentada na pesquisa de literatura em bases de dados. A amostra foi de conveniência. Os critérios de inclusão na amostra foram: pessoas com diabetes que estivessem em fase de tratamento de feridas dos pés, ter idade entre os 45 e 74 anos, que fossem utentes inscritos no ACES e frequentassem o atendimento nas consultas médicas ou de enfermagem das unidades de saúde referidas, que soubessem ler e escrever para a assinatura do Termo de Consentimento Informado e se mostrassem disponíveis para participarem no estudo.

Os critérios de exclusão foram a recusa de consentimento informado, deficiência visual e/ou cognitiva e pessoas com diabetes que não estivessem a receber cuidados em sala de tratamento, nas datas em que a mestranda estivesse nas unidades.

Como método de recolha de dados foi realizada uma entrevista (Apêndice III) a utentes com diabetes, escolhidos por conveniência, sendo acompanhados em sala de tratamento de feridas dos pés. Os utentes que se encontravam na sala de espera, nos dias da entrevista, foram selecionados e abordados a participarem. Para este trabalho, contamos com 08 participantes, pessoas adultas com diagnóstico de diabetes e inscritas em USF ou em UCSP de um município da RLVT – Portugal, acompanhadas em tratamento de ferida no pé.

O roteiro de entrevista passou por modificações para estar alinhado com as orientações da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), o que terminou por ser considerado alguns tópicos importantes que deveriam ser incluídos além de outros excluídos.

Os dados recolhidos, mediante roteiro de entrevista (Apêndice III), permitiram identificar o nível de conhecimento sobre o autocuidado e a avaliação da necessidade de intervenções de enfermagem nas orientações do autocuidado, no sentido de melhorar os cuidados às pessoas com diabetes.

O período de aplicação do roteiro de entrevista era comunicado pelo enfermeiro orientador clínico, o qual enviava e-mail aos responsáveis pelo serviço de Enfermagem de cada unidade funcional, comunicando os dias em que a mestrandia estaria presente nas unidades. O enfermeiro da instituição, do respetivo dia, era o primeiro a abordar o utente, comunicando a presença da mestrandia e solicitando autorização para uma conversa da mesma com o utente, logo a seguir ao atendimento em sala de tratamento, para a possibilidade de participação em pesquisa.

Após aceitação de uma conversa sem compromisso do utente com a mestrandia, uma sala era disponibilizada para preservação da identidade do utente. Nesta fase, iniciava-se a conversa com a explicação sobre a finalidade da pesquisa, apresentando o “Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido”. Assim o utente, de posse do termo, após leitura, decidiria se autorizaria a aplicação do roteiro de entrevista, vindo a assinar o termo somente após terem sido esclarecidas todas as dúvidas e consentido.

A seguir o consentimento informado dos participantes, a entrevista foi realizada no respeito pelo anonimato e confidencialidade. Os dados obtidos foram tratados de forma anónima pelo programa IBM SPSS, utilizando medidas de estatística descritiva para as questões de resposta fechada e através de análise de conteúdo para as questões de resposta aberta, com a finalidade de identificar as maiores lacunas de conhecimento sobre a diabetes, visando a promoção da LS sobre esta doença.

Já em dias de visita, para possível aplicação de roteiro de entrevista de coletas de dados, ainda foi possível perceber, através do atendimento dos enfermeiros às pessoas com diabetes, a problemática que interfere e impossibilita a prevenção da complicação diabética PD e identificar, através dos julgamentos dos utentes e enfermeiros, intervenientes como a influência dos determinantes sociais, o que contribuiu para perceber o comportamento de alguns utentes durante a fase de entrevista e qual melhor método de intervenção a ser aplicado.

Durante a entrevista foi possível concluir que a intervenção educativa futura, à população-alvo e familiares, deveria ser realizada a grupos menores, e não em associações como anteriormente planeado, deveria ser restrita a cada área de unidade funcional de saúde em CSP do Concelho, em sala de reunião/eventos da instituição, para uma intervenção mais eficaz e efetiva, a qual se ansiava no momento. Apenas uma das unidades funcionais de saúde teve a sua atividade educativa em conjunto com uma associação comunitária da localidade, no sentido de uma divulgação mais ampla do projeto na freguesia definida.

A análise dos dados foi de forma crítica e descritiva, identificando o nível de conhecimento sobre prevenção para o autocuidado do pé da pessoa adulta com diabetes. Foram utilizadas tabelas constituídas por números absolutos e percentuais (software IBM SPSS), analisados por meio da distribuição de frequências, e realizada a análise categorial. Segundo Bardin (2011), a análise categorial é a análise de conteúdo mais utilizada. As categorias reúnem as unidades de registos sob agrupamento, seguindo um critério de características comuns e através de temas.

Relativamente ao estudado, foi visto que existe uma prevalência expressiva da diabetes entre os 45 e 74 anos de idade da população portuguesa (OECD/European Union, 2020) e que há uma maior ocorrência de amputações na faixa etária de 61 a 70 anos (Orosco *et al.*, 2019), alertando-nos para a importância de um trabalho urgente com a faixa etária mais acometida.

Essa decisão, de certa forma, terminou por diminuir a possibilidade de um número maior de participantes nas intervenções, pois trata-se de um público ainda ativo profissionalmente e que, portanto, alguns não puderam comparecer às intervenções. Além disso, relativamente à fase inicial das entrevistas em sala de tratamento, o projeto excluía pessoas com diabetes que não estivessem em tratamento de feridas nos pés e que não pudessem assinar o Termo de Consentimento como foram os casos detetados de deficiência visual adquirida pela doença, inviabilizando a contribuição no estudo.

Como refere-se a um estudo qualitativo, isso não influenciou mudança na nossa população, pois a quantidade foi suficiente com a representatividade de pelo menos um utente de cada unidade funcional e pelas respostas terem chegado a um grau perceptível de repetição.

2.4. Considerações Éticas

Diante das pesquisas realizadas para o desenvolvimento deste estudo e das intervenções que foram necessárias no desenvolvimento do projeto, existiu a consciência da mestrandia de suas responsabilidades e atribuições, garantindo que a recolha dos dados ocorresse de forma confidencial e em momento algum houvesse a identificação dos participantes, acrescentando ainda, sob compromisso de honra, o respeito sempre presente ao código ético e deontológico e o funcionamento da instituição. Segundo a OE (2019), o enfermeiro “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (p. 4746).

Foram providenciadas, portanto, uma série de solicitações para o desenvolvimento do estudo de forma a proporcionar a segurança e legalidade do mesmo, com o retorno de todas as autorizações, nomeadamente: do Presidente Executivo do ACES; da Presidente do Conselho Clínico do ACES; de

todos os coordenadores das unidades funcionais de saúde em CSP do Concelho; de Termo de consentimento informado, livre e esclarecido para participação e da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT. Como exemplo de estudo aprovado em todas as suas fases, referenciamos a autorização final da Comissão de Ética da ARSLVT, Anexo I, para conclusão deste projeto.

Os recursos foram utilizados de forma racional e responsável. Foram ainda resguardadas as questões éticas inerentes à investigação que envolvam seres humanos, conforme as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, Organização Mundial de Saúde e da Comissão Europeia.

Foi acautelada a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido, explicando a natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa e à confidencialidade, e à validação dos dados recolhidos. Os questionários (roteiros de entrevista – Apêndice III) foram guardados de forma anónima em móvel fechado com acesso reservado à investigadora. Em nenhum momento os questionários deixam de estar com a mesma, salientando que os arquiva em armário sob a sua guarda, estando a chave na sua posse. O acesso accidental foi evitado com o acesso direto aos roteiros apenas à mestranda. O enfermeiro clínico orientador, ou a professora orientadora, só têm contacto aos mesmos na presença da investigadora e em nenhum momento os roteiros deixam de estar com a mesma, salientando que os arquiva em armário sob a sua guarda, estando a chave na sua posse.

No caso da pesquisa bibliográfica, não se aplica, porque os dados a colher e tratar foram provenientes de artigos e publicações disponíveis nas bases de dados. Ainda no intuito da salvaguarda da confidencialidade e anonimato, os dados são apresentados e divulgados de forma anónima.

Da realização deste estudo não resultou qualquer custo nem para os utentes nem para os profissionais de saúde, sendo os mesmos suportados pela mestranda. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a implementação de estratégias, tendo no horizonte a qualidade dos cuidados e a promoção da saúde da pessoa diagnosticada com diabetes.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

O diagnóstico da situação é uma das fases de planeamento em saúde e a primeira. Ele deve ser suficientemente claro e de fácil entendimento à população, técnicos e políticos por forma de identificar os problemas e, também, para que as demais fases não sejam prejudicadas por demasiada informação (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Imperatori e Giraldes (1982), “O Diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados” (p. 19).

A seguir, dar-se-á caracterização do concelho escolhido como foco da situação de saúde analisada, sua localidade, região e condições socioeconómicas.

3.1. Característica Geodemográfica do Concelho

O projeto de intervenção desenvolveu -se num Concelho da AML (figura 5), onde se encontra a USP, local de estágio de desenvolvimento deste diagnóstico da situação de saúde.

Figura 5

Área Metropolitana de Lisboa



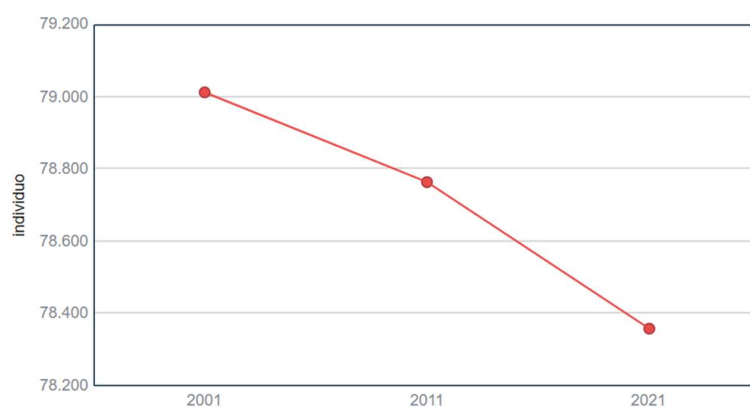
Fonte: Adaptado do PORDATA (2021).

O município situa-se no Distrito de Setúbal às margens sul do Estuário do Rio Tejo – RLVT. Ocupa uma área de 36 km² e tem uma população residente de 78.345 habitantes (dados de último censo de 2021, de acordo com o quadro resumo dos municípios), um decréscimo de 0,6%, variação

face ao ano de 2011, 78.764 habitantes. A figura 6 mostra essa descida desde o ano 2001 (PORDATA, 2021).

Figura 6

População residente



Fonte: PORDATA (2021), consultado a 03 de março de 2023.

A tabela 2 mostra que houve uma diminuição na população masculina (H) no ano de 2021 em relação ao ano de 2011, numa variação de -1,7%. Mas em relação à população feminina (M) ocorreu um acréscimo de 0,6% nesse mesmo período. No total, existiu uma perda de - 0,5% na população do Concelho. Isso se deve, possivelmente, de acordo com a OCDE (OECD/European Union, 2020), devido as mulheres viverem mais anos que os homens.

Tabela 2

População residente por sexo e sua variação entre os anos 2011 e 2021

Sexo		H			M			Total	
Município	2021	2011	Var.	2021	2011	Var.	2021	2011	
Barreiro	36 708	37 347	-1,7%	41 651	41 417	0,6%	78 359	78 764	
Total	36 708	37 347	-1,7%	41 651	41 417	0,6%	78 359	78 764	

Fonte: INE (2021).

Segundo os Censos mais recentes, 2021, para cada 100 residentes, há 13 jovens, 61 adultos e 26 idosos e 194 idosos para cada 100 jovens, mais 71 que em 2001. Com um percentual de jovens (0 a

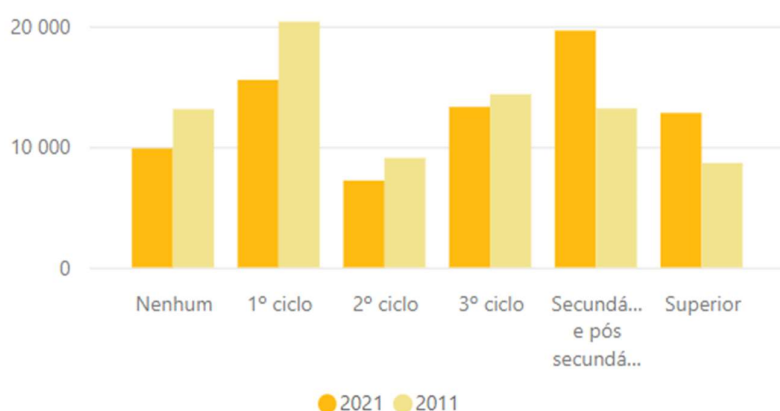
14 anos de idade) igual a 13,2%, de 15 a 64 anos de idade igual a 61,3% e de idosos igual 25,6% (PORDATA, 2021).

Os gráficos 6 e 7, a seguir, têm-se os dados do Censo 2021 (INE, 2021), referente a população do Concelho por níveis de escolaridade e por grupo etário respetivamente.

Observa-se, no gráfico 6, que houve um decréscimo dos níveis de escolaridade com exceção do superior e secundário, esse último com um aumento bem mais expressivo.

Gráfico 6

População residente por níveis de ensino do Concelho

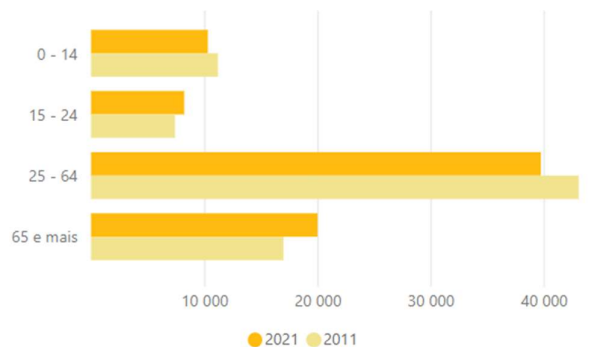


Fonte: INE 2021.

O gráfico 7 apresenta a população do Concelho por faixa etária e pode-se perceber que, com exceção da população idosa e das idades entre 15 e 24 anos, os demais grupos etários obtiveram decréscimo, apesar das idades entre os 25 e 64 anos terem se mantido altas desde 2011.

Gráfico 7

População residente por grupo etário do Concelho

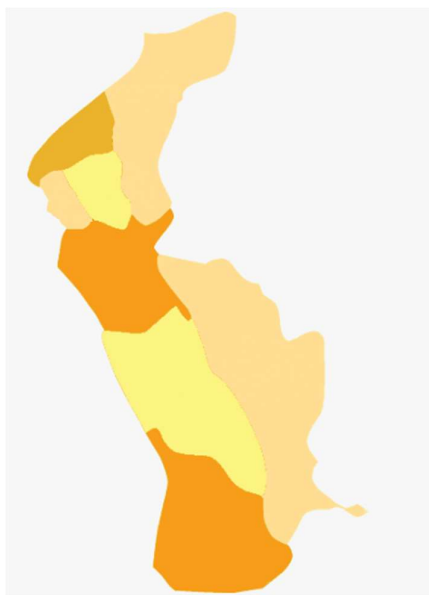


Fonte: INE (2021).

descontínuo e ainda faz fronteira com o concelho de Vendas Novas, Montemor-o-Novo e Coruche. Conforme a figura 8, é composto por várias freguesias.

Figura 8

Concelho



Fonte: Adaptado de Geneall (s.d.), consultado a 23 de maio de 2022.

3.2. Caracterização Socioeconómica

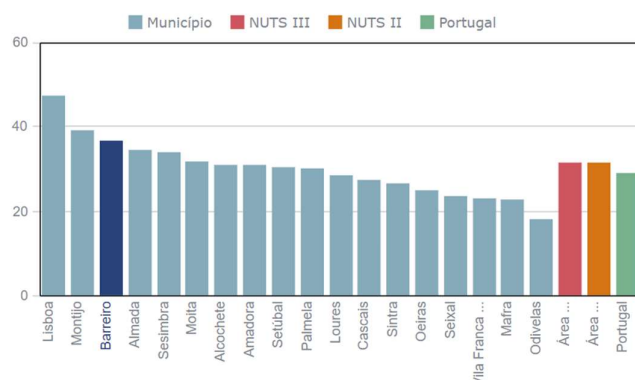
Em 2019, o município tinha o 9.º maior poder de compra *per capita* da AML. Em 2021, o município tinha, por mês, 3.443 desempregados inscritos nos centros de emprego – menos 14% do que em 2009 (3.987). Ainda assim, tem maior percentagem de desempregados inscritos nos Centros de Emprego e Formação Profissional da AML (PORDATA, 2021).

O sector de atividade que concentrava mais trabalhadores em 2021 era o do comércio por grosso e a retalho, realidade que também se observou na generalidade dos anos antecedentes. Tal como a maioria dos municípios da AML (PORDATA, 2021).

A incidência de criminalidade é a 3ª mais elevada da AML, ficando atrás de Lisboa e Montijo, como pode se verificar no gráfico 8.

Gráfico 8

Crimes registados pelas polícias (por mil habitantes) – 2021



Fonte: PORDATA (2021), consultado a 03 de março de 2023.

3.3. Situação de Saúde

O concelho tem seu PLS em comum a outros concelhos. É o documento estratégico que enquadra todas as atividades que potencialmente contribuem para promover e melhorar a saúde da população dos Municípios que integram o ACES. Encontra-se alinhado com o PNS nos quatro eixos estratégicos: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade na saúde e políticas saudáveis (PLS, 2018).

O símbolo do PLS é o “átomo da saúde” (Figura 9), cujo núcleo significa o potencial de saúde da comunidade ou de cada cidadão e os eletrões são os territórios de intervenção, que de acordo com as atividades desenvolvidas podem influenciar positiva ou negativamente nas potencialidades de saúde existentes (PLS, 2018).

Figura 9 – “Átomo da saúde” do ACES



Fonte: PLS (2018).

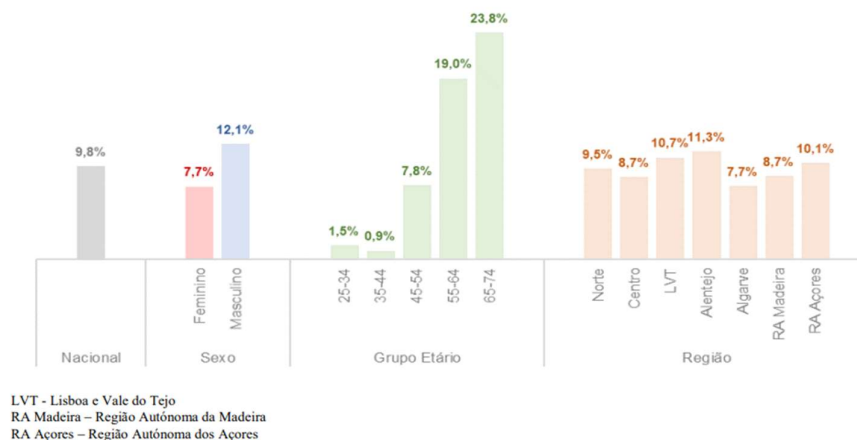
Na análise ao documento do perfil de saúde da região, foi possível detetar a existência de problemas e necessidades de saúde, onde cruzaram-se os problemas identificados como mais significativos com a mortalidade, morbilidade, a transcendência económica e social e a vulnerabilidade, sendo obtidos como problemas de saúde mais importantes as neoplasias, doenças cardiovasculares e diabetes (PLS, 2018).

De acordo com a OCDE, a diabetes aumenta o risco a doenças cardiovasculares e de infeções respiratórias. Acrescenta que a diabetes tipo 2 é largamente evitável. Vários fatores de risco podem ser modificáveis por meio de medidas preventivas e de mudanças do estilo de vida. É prioridade, em muitos países, a gestão eficiente do crescimento de número de pessoas com diabetes, incluindo o autocuidado. Para isso o aconselhamento e educação adequados são fundamentais. A DM é uma doença crónica que, caso não seja devidamente diagnosticada ou controlada, pode gerar complicações mais graves como cegueira, insuficiência renal ou amputações dos MMII (OECD/European Union, 2020).

O gráfico 9 mostra que a RLVT apresenta um índice prevalente de DM na população entre os 25 e 74 anos de idade, sobressaindo uma taxa expressiva entre os 45 e 74 anos. A região fica abaixo somente do Alentejo, o que é esperado pelo grande aumento da população de idosos nessa região e, conseqüentemente, das doenças DNT, vindo a reforçar, portanto, a necessidade do envolvimento por tal temática.

Gráfico 9

Prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, entre os 25 e os 74 anos de idade, por sexo, grupo etário e região em 2015 (PNS, 2021-2030)



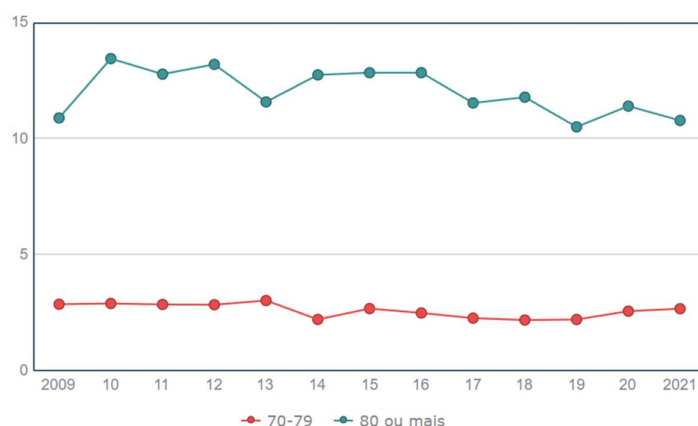
Fonte: DGS (2021). Adaptado do Instituto Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF).

Em 2020, 24,7% dos óbitos do concelho resultaram de doenças do aparelho circulatório, 22,8% de tumores malignos e 7,5% de doenças do aparelho respiratório. Dos 18 municípios da AML, o concelho tem a 12.ª maior taxa de mortalidade entre os habitantes de 70 a 79 anos da AML e de 80 a 89 anos. É o município da AML com a menor percentagem de mortes por doença do aparelho circulatório, 13.ª em mortes por tumores malignos, 6.ª em óbitos por diabetes e 9.ª em mortes por doença do aparelho respiratório (PORDATA, 2022).

Em 2021 a taxa de mortalidade entre os indivíduos de 70 e 79 anos foi de 2,7% (2,2% em 2019) enquanto entre os indivíduos com mais de 80 anos foi de 10,8% (10,5% em 2019), como demonstra o gráfico 10.

Gráfico 10

Taxa de mortalidade sénior (70 ou mais anos) (%)



Fontes/Entidades: INE, PORDATA. (2021).

A diabetes é mais comum entre as pessoas idosas: 19,3 milhões de pessoas com 60 a 79 anos têm diabetes nos países da UE, em comparação com 11,3 milhões de pessoas com 40 a 59 anos e apenas 1,7 milhões com 20 a 39 anos. Enquanto mais homens do que mulheres têm diabetes na meia-idade (entre 40 e 59 anos de idade), um maior número de mulheres tem diabetes após os 70 anos de idade, principalmente porque vivem mais tempo (OECD/European Union, 2020).

3.4. Redes de Apoio Social

O concelho conta com a Rede de Balcões Informativos e de Encaminhamento Social que é um serviço desenvolvido em parceria com outras entidades e caracteriza-se pelo atendimento e

encaminhamento social para apoiar as pessoas, indivíduo e família, residentes em área de sua implementação (CMB, s.d. b).

Visa garantir atendimento adequado com uma melhor prestação de informação sobre serviços, apoios e recursos de apoio social disponíveis, também para as pessoas idosas que se encontrem em situação de vulnerabilidade. Também, orienta e encaminha para respostas, serviços ou apoios sociais conforme situação; presta apoio no preenchimento de formulários; apoia a população sénior na resolução de burocracias; previne a solidão e isolamento da população idosa e intensifica o envolvimento e inclusão social dos seniores. Pretende-se assim a melhoria da qualidade do serviço prestado aos munícipes e promoção da inclusão na sociedade (CMB, s.d. b).

Um Centro de Reformados (CRIVA) promove apoio alimentar aos carenciados pelo Banco Alimentar e Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC) desde sua existência. Em 2013 foi integrado à Rede Social do Concelho. No ano de 2016, o CRIVA integra o Movimento Unitário dos Reformados, Pensionistas e Idosos (MURPI), da União Distrital das Instituições Particulares de Solidariedade Social (UDIPSS) de Setúbal, coordenando o Grupo Concelhio para as questões dos Idosos. Pertence à Rede para a Empregabilidade do município participando como uma entidade de parceria (CRIVA, s.d.).

Outras redes encontram-se descritas no quadro 2 com informações de seus objetivos, funções e área social de intervenção.

Quadro 2 – Instituições de apoio social do Concelho

IPSS	Objetivo	Funções	Área Social de Intervenção
CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL PADRE ABÍLIO MENDES	Desenvolver respostas sociais para a população idosa, com vista à satisfação das suas necessidades bio-psico-sociais, envolvendo a família	Atendimento Social à população utente e comunidade; PCAAC; Contrato Local de Desenvolvimento Social Mais; Projeto de Cuidados Continuados; Rede Social; Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos; Projeto “Loja Social”.	Idosos e famílias
CATICA (Centro de Assistência à Terceira Idade de Coia e Arredores)	Proporcionar/desenvolver respostas e projetos sociais e educativos que possibilitem a integração e inclusão social de indivíduos, grupos e/ou famílias	Atividades Socioculturais; Atendimento Social à população utente e comunidade; PCAAC; Projeto de Cuidados Continuados; Rede Social; Enquadramento/ Inserção de Estágios; Gabinete de Psicologia (voluntariado); Conselho Municipal de Segurança; Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos; Banco de Recursos.	Infância, Juventude, Idosos e Famílias
ASSOCIAÇÃO DE ACÇÃO DE REFORMADOS	Promover o convívio entre os idosos e proporcionar atividades de carácter cultural, recreativo, social, lúdico e desportivo	Rede Social; Cuidados de higiene; Fornecimento de senhas para banhos no balneário público; Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos.	Idosos
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	Atuar junto da população idosa, das crianças e jovens mães solteiras em situação de risco	Atendimento Social à população utente e comunidade; Projeto de Cuidados Continuados; Rede Social; PCAAC; Apoio aos sem abrigo; Atividades socioculturais e recreativas; Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos; Projeto “Loja Social”.	Idosos, Infância e Juventude e Famílias
ASSOCIAÇÃO DE REFORMADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DE SANTO ANDRÉ	Promover o convívio entre os idosos e proporcionar atividades de carácter cultural, recreativo, social, lúdico e desportivo entre os mesmos	Rede Social; Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos.	Reformados e Idosos
CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE SANTO ANDRÉ	Apoiar as famílias das crianças, dos adolescentes e idosos; proteger e educar as crianças e	Atividades Socioculturais; Atendimento Social à população utente e comunidade; PCAAC; Projeto de Cuidados Continuados; Rede Social; Grupo Concelhio para as Questões	Infância, Juventude e Idosos e Famílias

Promover a literacia em saúde para prevenir o “pé diabético”: “Prevenir é o melhor remédio”

	jovens em situação de risco; servir a comunidade, sobretudo os mais carenciados.	dos Idosos; Representação na CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens); Protocolo com o Centro de Emprego para apresentações quinzenais; Protocolo com o Centro de Emprego no âmbito de estágios profissionais; Enquadramento/ Inserção de Estágios; Associação Juvenil FanDaVida; Projeto “Famílias Amigas”; Projeto “Loja Social”.	
ASSOCIAÇÃO DE REFORMADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS	Promover o convívio entre os idosos e proporcionar atividades de carácter cultural, recreativo, social, lúdico e desportivo entre os mesmos	Rede Social; Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos; PCAAC.	Reformados, Pensionistas e Idosos
CENTRO SOCIAL	Proporcionar/desenvolver respostas e projetos sociais e educativos que possibilitem a integração e inclusão social de indivíduos, grupos e/ou famílias	Rede Social; Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos; Pavilhão Multiusos.	Crianças, Jovens, Reformados e Idosos
CENTRO DE ACÇÃO SOCIAL	Promover condições de vida à população e criar melhores meios de sobrevivência e convívio, em especial para idosos e crianças	Atividades Socioculturais; Rede Social; Grupo Concelhio para as Questões dos Idosos.	Infância e Idosos
RUMO, COOPERATIVA DE SOLIDARIEDADE SOCIAL, CRL	Promover a inclusão educativa, profissional e comunitária de pessoas em situação de desvantagem, na perspetiva do movimento de emprego apoiado	Rede Social; Projeto TRANSITAR – Centro de Recursos Especializados na área da Transição da Escola para o Emprego; Contrato Local de Desenvolvimento Social Mais (entidade coordenadora e executora); Projeto AMA; Projeto FORMAR; Emprego Apoiado; Centro de Recursos Local credenciado pelo IEFP (Instituto do Emprego e Formação Profissional) para Inserção Profissional; Rede de Empregabilidade; Interlocutor Local para a Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo.	Infância e Juventude, Deficiência e Saúde Mental
ASSOCIAÇÃO CENTRO JOVEM TEJO	A prevenção, tratamento e reinserção de toxicodependentes	Atendimento Social à população utente e comunidade; Apoio à população sem abrigo; Rede Social; Planos de prevenção, tratamento e reinserção; Projeto “Loja Social”.	Toxicod dependência
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DEFICIENTES (APD)	Promover e defender os interesses das pessoas com deficiência	Rede Social; Atividades Socioculturais.	Deficiência
ASSOCIAÇÃO NÓS	Promover a inclusão social de pessoas portadoras de deficiência ou em situação de desvantagem social.	Rede Social CPCJ; Programa Alimentar de Apoio a Carenciados; Serviço de Voluntariado; Conselho Municipal de Segurança; Rede Regional para o Emprego; Protocolos com outras entidades no domínio social, educativo e comunitário; Participação em Projetos Nacionais e Internacionais.	Infância, Famílias e Deficiência
PERSONA	Promover a reabilitação e inserção socioprofissional de pessoas com doença mental crónica e de evolução prolongada e apoiar as famílias na integração sociofamiliar.	Rede Social; Projetos de cooperação europeia (Grundtvig); Grupos de autoajuda e de psico-educação.	Reabilitação Psicossocial na área da Saúde Mental e intervenção social em contextos e indivíduos em situação de desfavorecimento social.
CERCIMB – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas	Educação, habilitação, reabilitação e integração de crianças e jovens com deficiência	Rede Social; FENACERCI (Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social); Comunidade Educativa do Lavradio; Projeto Incluir; Intervenção Precoce; Apoio ao Ensino Regular.	Deficiência
INSTITUTO DOS FERROVIÁRIOS	Apoio a crianças e jovens em risco.	Rede Social	Infância e Juventude
JARDIM DE INFÂNCIA	O apoio ao desenvolvimento integral das crianças até à idade escolar, de modo a estimular a formação da sua personalidade e a prepará-las para a sua inserção na vida social e escolar	Rede Social	Infância
SOCIEDADE DEMOCRÁTICA UNIÃO	Desenvolver o gosto pela educação musical, recreativa, cultural, teatral, física e desportiva.	Rede Social	Infância
CANTINHO ALEGRE DA INFÂNCIA	Praticar a solidariedade e apoiar as famílias, tendo presente os interesses e os direitos das crianças	Rede Social	Creche e Jardim-de-infância
Creche e Jardim de Infância	Apoio à infância.	Rede Social	Infância
Sociedade de Instrução e Beneficência – Centro Educativo	Baseia a sua prática pedagógica no Movimento da Escola Moderna	Rede Social	Infância e Juventude
VITACAMINHO – Associação para o	Desenvolver trabalho com as famílias, crianças e jovens	Apoio complementar à família na vertente e socioeducativa; Dinamização de OTL’s (ocupação tempos livres); Intervenção na comunidade; Programa Escolhas.	Infância e Juventude

Desenvolvimento Pessoal e Social			
Associação Comunitária do Concelho	Apoio à família e a proteção aos grupos mais vulneráveis, e como objetivos secundários a prevenção e reparação de situações de carência e desigualdade socioeconómica.	Rede Social	Indivíduos e famílias mais carenciadas

Fonte: Elaboração própria. Adaptado da CMB (2014).

Como projeto desenvolvido no serviço de saúde da localidade, “Viver mais com saber – Literacia em Saúde”, criado em 2018, que tem tido continuidade até hoje e que é oportuno identificá-lo como o reconhecimento/validação, neste estudo, sua importância ao direcionamento das atividades do profissional enfermeiro para a educação do utente, proporcionando o autocuidado da pessoa para uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

3.5. Instituições de Saúde

A USP da área do estudo é uma unidade funcional do ACES, observatório de saúde, provedor e dinamizador da defesa da saúde pública na área do ACES, que inclui outros Concelhos (áreas geográficas de intervenção da USP) (USP, 2018).

O Concelho é um dos municípios da AML com pelo menos 1 hospital (PORDATA, 2021). As unidades de saúde em cuidados primários do ACES estão organizadas em USF, UCSP e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A USP do ACES do estudo “tem por missão desenvolver uma dinâmica promotora de saúde, em parceria com a comunidade da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde” (USP, s. d., para. 2). Preza pelos valores de transparência, participação, equidade, acessibilidade, competência técnico-científica, compromisso com a melhoria contínua, integridade, confidencialidade (USP, s.d.).

Quanto ao número de profissionais de CSP da área do Concelho, é oportuno registar que tem o 2.º menor rácio de habitantes por enfermeiro da AML (PORDATA, 2021).

3.6. Análise dos Resultados – identificação das Necessidades/Problemas

Diante do exposto até o momento e de acordo com os dados colhidos como no acesso ao plano de ação do ACES, onde constam os problemas descritos, e através de acesso ao resultado da “Lista de Grupos de Trabalho – Enfermagem – 2022” do ACES (Anexo II), onde constam prioridades de atividades elencadas, observou-se as necessidades de saúde da região.

Relativamente à lista de atividades, acima referida, foram compostos 10 grupos com ordem de prioridade, onde 07 estavam relacionados diretamente às atividades direcionadas a população/indivíduo, nomeadamente: Tratamento de Feridas, Diabetes, Saúde Mental, cuidados paliativos, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) – Luta Tuberculose, Saúde Infantil, Saúde Materna. Contudo, o tratamento de feridas e diabetes são os dois primeiros problemas de saúde de uma ordem de prioridades, primeiro e segundo sucessivamente.

A tabela 3 apresenta o número de diagnósticos médicos identificados, comparando as regiões de Portugal continental, ARSLVT e do ACES. É possível observar que a diabetes ocupa uma das primeiras posições (Ministério da Saúde [MS], 2017). Ainda assim, “Estima-se que em Portugal cerca de 44% das pessoas com diabetes estejam por diagnosticar, sendo por isso, o diagnóstico precoce, uma das prioridades do PND” (DGS, 2017, p. 14).

Tabela 3 - Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo, dezembro 2016 (ordem decrescente)

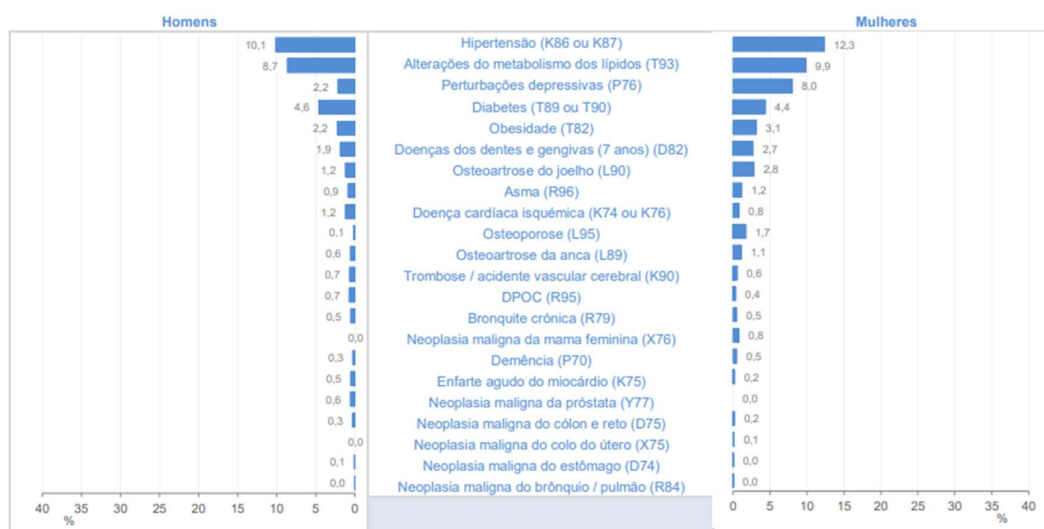
Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Continente			ARS Lisboa e Vale do Tejo			ACES		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Hipertensão (K86 ou K87)	22,2	20,5	23,8	21,1	19,5	22,6	11,3	10,1	12,3
Alterações do metabolismo dos lípidos (T93)	21,3	20,6	22,0	17,8	16,8	18,7	9,3	8,7	9,9
Perturbações depressivas (P76)	10,4	4,4	15,8	9,1	3,9	13,7	5,3	2,2	8,0
Diabetes (T89 ou T90)	7,8	8,2	7,3	7,1	7,6	6,6	4,5	4,6	4,4
Obesidade (T82)	8,0	6,7	9,2	7,1	6,0	8,0	2,7	2,2	3,1
Doenças dos dentes e gengivas (7 anos) (D82)	6,3	6,3	6,4	5,8	5,7	5,9	2,3	1,9	2,7
Osteoartrose do joelho (L90)	4,6	2,9	6,2	3,8	2,3	5,0	2,1	1,2	2,8
Asma (R96)	2,6	2,4	2,9	2,5	2,2	2,8	1,0	0,9	1,2
Doença cardíaca isquémica (K74 ou K76)	1,7	2,1	1,4	1,7	2,1	1,4	1,0	1,2	0,8
Osteoporose (L95)	2,4	0,4	4,3	2,2	0,3	3,8	1,0	0,1	1,7
Osteoartrose da anca (L89)	2,2	1,6	2,8	1,8	1,2	2,2	0,9	0,6	1,1
Trombose / acidente vascular cerebral (K90)	1,3	1,4	1,2	1,2	1,3	1,1	0,6	0,7	0,6
DPOC (R95)	1,3	1,7	1,0	1,2	1,5	0,9	0,5	0,7	0,4
Bronquite crónica (R79)	1,1	1,2	1,1	0,9	0,9	0,9	0,5	0,5	0,5
Neoplasia maligna da mama feminina (X76)	0,8	---	1,5	0,8	0,0	1,6	0,4	0,0	0,8
Demência (P70)	0,8	0,5	1,0	0,7	0,5	1,0	0,4	0,3	0,5
Enfarte agudo do miocárdio (K75)	0,7	1,1	0,3	0,7	1,0	0,4	0,4	0,5	0,2
Neoplasia maligna da próstata (Y77)	0,5	1,1	---	0,5	1,1	0,0	0,3	0,6	0,0
Neoplasia maligna do cólon e reto (D75)	0,4	0,6	0,4	0,3	0,6	0,4	0,2	0,3	0,2
Neoplasia maligna do colo do útero (X75)	0,1	---	0,3	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,1
Neoplasia maligna do estômago (D74)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Neoplasia maligna do brônquio / pulmão (R84)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0

Legenda: H - Homens e M – Mulheres. ---: Não aplicável.

Fonte: MS, 2017. Adaptado de Observatórios Regionais de Saúde (dados: SIARS).

O gráfico 11, para uma melhor visualização, apresenta a proporção das pessoas inscritas no ACES da região com os diagnósticos médicos e por sexo, de forma decrescente. Mostra que existe um número maior de utentes do sexo masculino com diagnóstico de diabetes e, comparando à nossa pesquisa, é de facto o número mais presente com feridas nos pés e que apresentam uma maior complicação (PD).

Gráfico 11 - Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo no ACES, por sexo, dezembro de 2016 (ordem decrescente)



Fonte: MS, 2017. Adaptado de Observatórios Regionais de Saúde (dados: SIARS).

Diante dos problemas e necessidades identificados, prioridades listadas pelos enfermeiros de cada área do ACES, e comparando com as duas últimas figuras (dados mais recentes do Perfil de Saúde da RLVT), a diabetes demonstrou prioridade frente às demais prioridades.

Consoante o observado, o projeto procurou direcionar a sua intervenção com uma sensibilização preventiva junto à pessoa com diabetes da população do município.

3.6.1. Análise de dados do concelho

Diante desta situação, foram solicitados dados às equipas de Enfermagem dos CSP do Concelho, que acompanham pessoas com diabetes em sala de tratamento de suas unidades, para perceber o tipo dos atendimentos direcionados às pessoas com diabetes, sendo observado, em sua maior parte, que os resultados foram consideravelmente aproximados.

O quadro 3 retrata um exemplo de dados fornecidos por duas das equipas de saúde familiar do Concelho. Do total de atendimentos, pode-se perceber que se sobressai o tratamento de feridas nas pessoas com diabetes. Isso sinaliza sobre o quanto as feridas são um problema de saúde pública, afetando o bem-estar da pessoa com diabetes além de levar aos altos custos para o serviço de saúde, e é vista como uma prioridade na Lista de Grupos de Trabalho – Enfermagem – 2022 do ACES (Anexo II).

Quadro 3 – Atendimento de Enfermagem à pessoa com diabetes, em sala de tratamento, durante uma semana / ano 2022

Unidade de Saúde de CSP	Tratamento de feridas nos MMII (perna / pé)	Tratamento de outras feridas	Administração de terapêutica injetável	Utente com doença aguda – realização de teste de Covid 19	Para vacinação	Ensino de utilização de glucómetro/picador	Avaliação de hipocoagulação	Prescrição médica de realização de Prova de Mantoux	Total de utentes
1ª USF	5	1	4	2	1				13
2ª USF	8	6	2		2	1	5	1	25
Total	13	6	6	2	3	1	5	1	38

Fonte: Elaboração própria. Dados de Unidades Funcionais de Saúde em CSP do Concelho.

A unidade de CSP, identificada acima como 2ª, dos 8 registos de pensos em MMII, 02 foram em pé (01 num pododáctilo e 01 na região maleolar). A identificada como 1ª unidade de CSP não fez distinção, registando como “perna/pé”.

Além dos registos acima, uma outra unidade funcional de saúde do Concelho informou que do número de 14 atendimentos direcionados, especificamente, às feridas em utentes com diabetes, no período de uma semana – dez (10) foram atendimentos de PD.

Relativamente às informações descritas, os dados fornecidos respaldam este estudo, direcionando-o a uma das complicações diabéticas com a maior frequência apontada no atendimento de enfermagem - o PD.

A tabela 4 mostra, em números, as pessoas com diabetes acompanhadas por todas as equipas de USF e UCSP do concelho entre os meses de abril e julho de 2022.

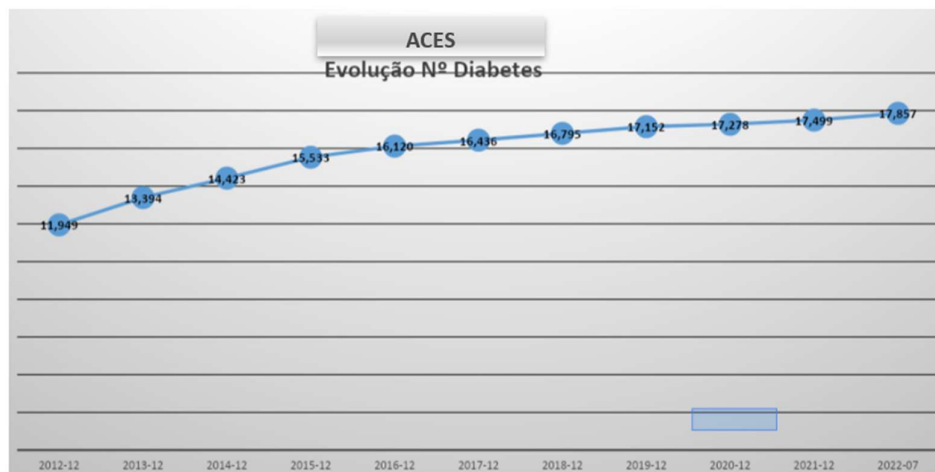
Tabela 4 – Utentes com diabetes, insulino-dependentes (T89) e não insulino-dependentes (T90), das USF e UCSP do Concelho nos meses de abril e julho de 2022

Atendimentos a pessoas com diabetes (T89 e T90)	Mês de Abril	Mês de Julho
T89	448	455
T90	6.601	6.683
Total	7.049	7138

Fonte: Elaboração própria. Dados do ACES (Gestão de Informação).

No gráfico 12, pode-se observar, de forma ilustrativa, o crescimento expressivo do número de pessoas com diabetes acompanhadas pelos serviços de saúde do ACES em quase dez anos, de 11,9% em dezembro de 2012 para 17,8% em julho de 2022.

Gráfico 12 - Evolução do número de pessoas com diabetes do ACES



Fonte: Adaptado do ACES (Gestão de Informação).

O município tem uma população de 78.345 habitantes (PORDATA, 2021) e suas unidades funcionais de saúde de CSP têm um total de 86.251 inscritos, sendo que acompanhadas por equipas de saúde familiar são 68.352. Significa que, no mínimo, 9.993 pessoas não possuem acompanhamento por USF, um percentual de 12,8% da população. Isso vem corroborar com a falta de diagnóstico precoce de diabetes, podendo levar a um aumento de internamentos por complicações da doença como o PD.

3.6.2. Análise da entrevista a informadores chave

Foram realizadas entrevistas (Apêndice I) com alguns enfermeiros e médicos, por conveniência, a profissionais que se encontravam durante as primeiras visitas a algumas unidades de CSP do Concelho, onde foram identificadas as necessidades de se trabalhar com as pessoas com diabetes, sendo reconhecida pelos mesmos como um problema de saúde pública prioritário e que merece uma atenção maior para um acompanhamento eficiente e eficaz (Apêndice II).

Nesse encontro percebeu-se que a diabetes, no contexto de tratamento em feridas dos pés, era uma preocupação entre as complicações geradas pela DM. Segundo informações dos profissionais, existem utentes que não chegam a ser acompanhados pela unidade de saúde e são direcionados diretamente ao hospital para o tratamento de feridas dos pés como também há aqueles utentes que não procuram pela unidade de saúde de CSP ou ainda os que procuram diretamente, por conta própria, o hospital. A equipa da unidade de saúde só tem a notícia do ocorrido com o utente através de informação da alta hospitalar.

Foi também referida a problemática dos internamentos hospitalares para tratamento do PD, ocupando-se leitos que passam dos 21 dias de internamentos para conclusão do tratamento. Os profissionais demonstraram uma preocupação em diminuir esses encaminhamentos ao hospital como também a necessidade de se evitar uma das complicações irreversíveis como as amputações.

4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E POPULAÇÃO ALVO

É a segunda fase do planeamento e está condicionada à anterior, diagnóstico de situação, e a que determinará a fase seguinte, fixação dos objetivos. A hierarquização dos problemas de saúde será feita nesta etapa, onde “é fundamental que os problemas identificados sejam comparáveis para possibilitar a sua seleção” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.29).

Através do diagnóstico de situação de saúde e percebendo a área de atuação de enfermagem/grupos de trabalhos desenvolvidos, foram identificados os problemas e posteriormente priorizados (Anexo II).

De seguida foi realizada uma primeira triagem das prioridades pela mestrandia, onde os problemas comparáveis foram reorganizados em sequência e respeitando a prioridade do plano de ação das atividades (Quadro 4).

Quadro 4 – Problemas de saúde identificados por ordem de prioridade pelos enfermeiros do ACES

PROBLEMAS IDENTIFICADOS
1ª Tratamento de Feridas
2ª Diabetes
3ª Saúde Mental
4ª Cuidados Paliativos
5ª DPOC - Luta Tuberculose
6ª Saúde Infantil
7ª Saúde Materna

Fonte: Elaboração própria. Adaptado da Lista de Grupos de Trabalho – Enfermagem – 2022 (Anexo II).

Sabe-se da importância de todos os problemas levantados, mas também que se precisa de selecionar quais os problemas prioritários para intervenção comunitária, nesta segunda fase do planeamento de saúde, pois não é exequível trabalhar de forma eficaz e eficiente sem direcionar-se a uma população-alvo. De acordo com Imperatori e Giraldes (1982), como não é possível resolver em simultâneo todos os problemas de saúde têm de se definir aqueles onde se deve intervir de forma mais intensa, definindo assim as prioridades.

Contudo, tendo em conta o exposto pelo PNS 2021-2030 e seguindo os problemas levantados pelos profissionais de saúde do ACES, procurou-se reduzir a um o número menor de problemas e assim poder proceder uma avaliação mais direcionada aos primeiros problemas identificados e respeitando a uma ordem de prioridades citadas.

Foram utilizados três critérios para essa classificação de prioridades: a magnitude (importância em taxa de mortalidade), a transcendência (importância segundo grupo etário) e a vulnerabilidade (possibilidade de prevenção). Atualmente existem outros critérios de prioridades, além dos clássicos

citados, como o de irreversibilidade do dano/sequelas ou deficiências, evolução para agravar-se, legislação favorável, atitude da população e fatores económicos (Impertori e Giraldes, 1982). O quadro 5 expõe os três primeiros critérios para a análise das prioridades selecionadas.

Quadro 5 – Resultado das prioridades dos problemas encontrados, segundo os três critérios clássicos de CENDES – OPS

Problema	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Score
Tratamento de Feridas	2	2	3	7
Diabetes Tipo 2	3	3	3	9
Saúde Mental	2	2	2	6

Fonte: Elaboração própria

Legenda: Magnitude- 0 a 50% (0), 51 a 65% (1), 66 a 75% (2), acima de 76% (3); Transcendência – não influencia (0), influencia pouco (1), influencia moderadamente (2), influencia muito (3); Vulnerabilidade – não depende (0), depende pouco (1), depende de forma moderada (2), depende muito (3).

Um defeito nesta fase é a subjetividade, pois a escolha e ponderação dos critérios dependerá do gosto e experiência dos responsáveis pelo planeamento. “O inconveniente da subjectividade é superado pela explicitação dos critérios utilizados na escolha objectivando o valor e limitações do plano” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.31).

Portanto, a escolha também foi baseada nas necessidades de saúde em Portugal, da análise do risco de adoecer, morrer e ter incapacidades e dos respetivos determinantes de saúde como o impacto da Doença por Coronavírus 2019 (COVID 19) nas mesmas, onde o PNS 2021-2030 refere que:

O grupo dos problemas de saúde de elevada magnitude, quer em termos de carga de mortalidade, quer em termos de carga de doença e incapacidade, continua a ser dominado por: doenças do aparelho circulatório, sobretudo, AVC, doenças isquémicas do coração, em particular o enfarte agudo do miocárdio, salientando-se, também, o peso crescente da insuficiência cardíaca e da doença cardíaca hipertensiva; tumores malignos, sobretudo, os tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; do estômago e do cólon e reto, e, ainda, da mama no sexo feminino, não esquecendo o peso crescente do tumor maligno do fígado e do tumor maligno do pâncreas; doenças do aparelho respiratório, sobretudo, as

doenças respiratórias crónicas, designadamente, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), e as infeções respiratórias inferiores, como as pneumonias; doenças do aparelho digestivo, nomeadamente, a cirrose hepática; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, nomeadamente, a diabetes mellitus (DGS, 2021, p. 128-9).

Deste modo, aliando-se os dois primeiros problemas identificados, ciente da diabetes ser uma doença que conduz ao surgimento de várias complicações como a incapacidades, sendo o PD um problema de saúde de extrema relevância quer a nível de utente quer de saúde pública, diante dos custos gerados pelo seu tratamento com os problemas futuros em intervenções, decidiu-se a possibilidade de um planeamento em saúde direcionado aos cuidados com o PD, como uma complicação diabética, gerando resposta em duas necessidades de controlo – diabetes e feridas.

Portanto, pela magnitude do problema na difícil cicatrização de algumas feridas, como as de pessoas com diagnóstico de diabetes, é oportuno registar que no ACES se realizou um evento de formação no primeiro semestre de 2022, no que diz respeito aos cuidados em tratamento de feridas, direcionado aos enfermeiros, conhecedores da grande responsabilidade do acompanhamento em feridas como nas difíceis cicatrizações em pessoas com diabetes.

Diante da problemática levantada, foi desenvolvido projeto que esteve alinhado ao título denominado: Promover a literacia em saúde para prevenir o “pé diabético”: *“Prevenir é o melhor remédio”*, adequado à Metodologia de Planeamento em Saúde na área de especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que ocorreu nas USF e UCSP de um Concelho da AML, trabalhando com utentes com diabetes e suas famílias. A população alvo do projeto foi constituída por utentes entre os 45 e 74 anos das USF e UCSP do concelho, que realizavam tratamento de feridas nos pés. No entanto foi também desenvolvida sessão de educação para a saúde com um grupo de adultos no ambiente de associação de uma comunidade de uma freguesia do concelho.

5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

Os objetivos devem ser bem formulados, fornecendo normas e critérios às unidades seguintes. Em relação a sua estrutura, devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992).

5.1. Definição dos Objetivos

Após a definição do diagnóstico da situação e da definição das prioridades tem-se a definição dos objetivos.

Objetivo geral:

Promover a literacia em saúde da população com diabetes, entre os 45 e 74 anos de idade de um Concelho da área metropolitana de Lisboa, sobre a prevenção do pé diabético.

Objetivos específicos:

- Contribuir para o conhecimento sobre autocuidado seguro e responsável na prevenção do pé diabético para pessoas com diabetes e suas famílias;
- Desenvolver proposta de criação de grupo de apoio para literacia em saúde a pessoas com diabetes no ACES;
- Criar dossier de sugestões de atividades para promoção da literacia em saúde de forma contínua a grupos de pessoas com diabetes para prevenção de complicações, a entregar às Unidades de Saúde do ACES.

A seguir, quadro 06, foram elaborados, para cada objetivo específico, metas, bem como os respetivos indicadores.

Quadro 6 - Objetivos com respetivas metas e indicadores

Objetivos	Metas	Indicadores
Contribuir para o conhecimento sobre autocuidado seguro e responsável na prevenção do pé diabético para pessoas com diabetes e suas famílias	Realizar 05 sessões de educação para a saúde previstas sobre prevenção do PD	<u>Nº de sessões realizadas</u> x 100 Nº de sessões programadas
	Presença de pelo menos 30 % das pessoas com diabetes da população alvo nas sessões de educação para a saúde	<u>Nº de presentes na sessão</u> x 100 Nº de convocados para a sessão
	Esperado um percentual de 80% do público-alvo, presente nas sessões, a adquirir conhecimento sobre PD	<u>Nº de pessoas que respondem adequadamente as questões sobre o tema em debate no final da sessão</u> x 100 Nº de participantes na sessão
	Que pelo menos 75% do público-alvo da intervenção	<u>Nº de participantes que avaliam satisfatoriamente</u> x 100 Nº de participantes na sessão

	educativa através de roda de conversa avaliar satisfatoriamente a sessão	
Desenvolver proposta de criação de grupo de apoio para literacia em saúde a pessoas com diabetes no ACES	Que 80% das unidades de saúde se disponibilizem para realizar sessões de educação para a saúde para pessoas com diabetes e suas famílias; Que 80% das unidades de saúde se mostrem disponíveis para criação de grupos de promoção de literacia em saúde em diabetes.	<u>Nº de unidades de saúde que se disponibilizam para realizar sessões de educação para a saúde para pessoas com diabetes e suas famílias x 100</u> Nº total de unidades de saúde envolvidas no projeto <u>Nº de unidades de saúde disponíveis para a criação de grupos de promoção de LS em diabetes x 100</u> Nº total de unidades de saúde envolvidas no projeto
Criar dossier de sugestões de atividades para promoção da literacia em saúde de forma contínua a grupos de pessoas com diabetes para prevenção de complicações, a entregar às Unidades de Saúde do ACES	Criar o dossier e entregar a todos os enfermeiros responsáveis das unidades de saúde que participaram do projeto	Dossier entregue a 100% das unidades de saúde envolvidas no projeto

Fonte: Elaboração Própria.

5.2. Seleção de Estratégias

Ao selecionar-se uma estratégia deverá ser feita em função de quatro parâmetros: custo, obstáculo, pertinência, vantagem e inconveniente. “Convém ter a noção exacta do que está a sacrificar pelo facto de não se ter escolhido outra. Tal como relativamente a um projeto” (Tavares, 1992, p. 149).

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção foram escolhidas as estratégias seguintes:

Consideramos estas estratégias essenciais, pois permitem maior adesão ao projeto e suas atividades e contribui para a sua visibilidade/continuidade.

✓ Educação em saúde

Para Dorothea Orem a intervenção educativa é essencial para que as pessoas melhorem seu autocuidado. Consideramos a teoria do autocuidado de Orem, na vertente da teoria do autocuidado do Sistema Educacional – Apoio educativo, pois se refere sobre a capacidade da pessoa em realizar o autocuidado, através da educação e supervisão dos enfermeiros. A teoria de Orem é um contributo expressivo para este projeto.

✓ **Envolvimento das equipas das Unidades Funcionais**

O envolvimento das equipas de saúde das unidades funcionais é essencial, pois estimula os profissionais para continuidade do projeto. O envolvimento dos enfermeiros, num projeto que visa promover a LS das pessoas com diabetes, é importante para capacitar a pessoa a adquirir a segurança e a técnica necessárias para comportamentos assertivos. Portanto, os cuidados de enfermagem não dependem tão somente do profissional enfermeiro, pois os mesmos precisam ser continuados pelo utente e/ou familiar e de forma responsável.

6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Este capítulo apresenta a preparação operacional das intervenções desenvolvidas, ao longo do projeto, com suas atividades assinaladas. Regista-se o período destas intervenções/atividades, para a execução deste projeto, em Cronograma de Atividades (Apêndice IV), contribuindo para uma melhor compreensão do momento da realização de cada fase.

Consoante Tavares (1992), por vezes existe alguma dúvida entre as definições de projeto e programa, confundindo os seus conceitos, sendo interessante clarificar para uma melhor compreensão de um planeamento operacional de projeto. “Um Programa é um conjunto de actividades necessárias à execução de uma estratégia. Um Projecto é um conjunto de actividades, contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo” (p. 163).

6.1. Seleção de Intervenções/Atividades

Para dar início a esta etapa devem ser descritas as atividades realizadas. Elas são definidas de acordo com os objetivos operacionais determinados, caso contrário conduzirá ao desperdício de recursos (Tavares, 1992).

Todas as etapas das atividades foram descritas em um cronograma (Apêndice IV) para que todos os momentos planeados fossem respeitados em seus períodos e que se conseguisse atingir de forma atempada as metas traçadas.

Objetivo 1- Contribuir para o conhecimento sobre autocuidado seguro e responsável na prevenção do pé diabético para pessoas com diabetes e suas famílias

Atividades

- Realização de pedido formal às coordenações das unidades funcionais de saúde do Concelho para acolhimento da mestrandia e desenvolvimento do projeto;
- Pedido de dados estatísticos às unidades funcionais de saúde em CSP e à gestão de informação do ACES;
- Pedido formal de autorização do projeto ao ACES, Conselho Clínico e às Unidades de Saúde de CSP;
- Pedido formal de autorização do projeto à USP;
- Pedido formal de autorização do projeto às Unidades de Saúde de CSP do Concelho, USF e UCSP;
- Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT para concretização deste projeto;

- Envios de e-mails aos coordenadores de Enfermagem das unidades funcionais de saúde para comunicação dos dias de presença da estudante nas instituições;
- Realização de entrevista às pessoas com diabetes, a realizar tratamento de feridas nos pés, para identificar o nível de conhecimento sobre o autocuidado e a avaliação da necessidade de intervenções de enfermagem;
- Planeamento das Sessões de Educação em Saúde;
- Elaboração de cartazes e notícia para página de Facebook para a divulgação das sessões (Apêndice V);
- Execução das sessões de educação, nomeadamente sobre: Prevenção do PD - “Prevenir é o Melhor Remédio”; DM e suas complicações; Controlo da DM; PD e sua prevenção; cuidado responsável. Utilização da metodologia de roda de conversa, replicada a cinco grupos da área de abrangência do Concelho, sendo quatro encontros nas salas de reuniões de unidades funcionais de saúde em CSP e um em associação da comunidade de uma freguesia abrangida por uma das unidades de saúde.

Objetivo 2 - Desenvolver proposta de criação de grupo de apoio para literacia em saúde de pessoas com diabetes no ACES

- Solicitação de agendamento de reunião com os enfermeiros ao coordenador de enfermagem para apresentação dos resultados do projeto;
- Envio de agenda de reunião aos enfermeiros responsáveis;
- Reunião com os responsáveis das equipas de enfermagem das Unidades de Saúde para apresentação de resultados e discussão dos mesmos;
- Apresentação de proposta de criação de grupo de apoio para literacia em saúde a pessoas com diabetes no ACES e de sessões de educação com a participação de familiares.

Objetivo 3 - Criar dossier de sugestões de atividades para promoção da literacia em saúde de forma contínua a grupos de pessoas com diabetes para prevenção de complicações, a entregar às Unidades de Saúde do ACES

- Elaboração do dossier;
- Reunião com os responsáveis das equipas de enfermagem para entrega de dossier.

6.2. Previsão de Recursos

A definição detalhada dos recursos humanos, materiais e físicos, necessários durante a implementação do projeto, torna-se uma etapa de grande relevo, pois sem esse passo meticuloso não

ficaremos a saber se o projeto é exequível (Imperatori & Giraldes, 1982). É deste inventário, que posteriormente se determina o custo financeiro do projeto.

Deste modo, são nomeados os recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento das intervenções/atividades do projeto, espaços físicos (incluindo os gastos inerentes a cada espaço), bem como os respetivos custos.

Com a análise da estratégia orçamental, sabe-se o encargo a suportar com o projeto.

Recursos humanos

- Enfermeira Mestranda;
- Enfermeiro Orientador Clínico.

Recursos materiais

- Material de escritório utilizado na elaboração dos cartazes e material de leitura providenciado nas diversas sessões (folhas de papel A4, canetas, lápis grafite, borracha, resma de papel de impressão A4, tinteiro de impressora, pasta de arquivo, prancheta, agraphador, agraphos – caixa com 1000 u)
- Folhas para avaliações durante as sessões;
- Audiovisuais: computador; impressora; fotocopiadora; Data show, tela, *Pen Drive*;
- Produtos alimentares saudáveis: garrafas de água de 500 ml, frutas (maçã, pera), iogurtes magros sem adição de açúcar, fatia de pão integral com tomate e queijo fresco magro, leite magro, e material de refeição descartável (tudo baseado em orientações de nutricionista a pessoas com diabetes);
- Espaço para realização das sessões: sala de reunião das unidades funcionais e auditório de associação comunitária.

De acordo com o apresentado, o projeto foi viável e de possível realização pelo baixo custo e de relevante importância. A equipa esteve envolvida e disposta a promover sua realização, fazendo o convite aos utentes para tornar possível a participação das pessoas com diabetes e suas famílias, fortalecendo assim o vínculo social à população-alvo e contribuindo para o benefício de toda a comunidade.

É importante registar que dos custos que foram apresentados para a realização deste estudo, não resultou em qualquer custo para as equipas, por serem os mesmos suportados pela mestranda, serem de fácil adequação aos materiais já disponíveis nas unidades funcionais e de ser uma proposta para futura integração nos projetos da instituição. Portanto, reiteramos que todos os gastos foram durante o Estágio e sustentados pela estudante.

6.3. Resultados Esperados

Os resultados durante e após implementação do projeto de intervenção comunitária serão nesta fase enumerados.

Primeiramente, com a identificação das necessidades prioritárias, espera-se que as estratégias utilizadas e atividades realizadas venham a diminuir essas necessidades satisfatoriamente, possibilitando uma melhor qualidade de vida e um aumento do nível de LS.

Espera-se que a metodologia educativa utilizada, através de rodas de conversa, realizadas nas sessões, venham a contribuir com a promoção da LS na prevenção do PD como, também, com o empoderamento do utente para que possa se sentir seguro e responsável em seu autocuidado.

A roda de conversa permite que as pessoas possam esclarecer suas dúvidas, expor suas experiências e com isso facilitar com que reconheçam os comportamentos positivos para adoção de um autocuidado seguro e responsável. Além de se sentirem colaborativas, reconhecidas no processo de educação de outros utentes, fortalecendo o grupo, podendo esse ser reconhecido, também, como um grupo de autoajuda, o que facilita a compreensão, aceitação e/ou mudança de hábito necessária.

Quanto à frequência de realização destas sessões no futuro, é expectável que aconteça mensalmente, no máximo trimestralmente, pois trata-se de um cuidado contínuo de responsabilidade quer do enfermeiro, que o acompanha, quer do utente.

Espera-se que as pessoas venham a aderir a grupos de roda de conversa na prevenção do PD e que isso venha a refletir na prevenção de outras complicações diabéticas.

6.4. Seguimento *Follow-UP*

Esta etapa é importante, pois possibilita o acompanhamento desde os objetivos aos resultados do projeto.

Trata-se de uma monitorização que nos permite fazer os reajustes de forma atempada para que possam ser corrigidas algumas situações, até mesmo durante as intervenções, e possibilita as correções para o alcance de um processo assertivo e sucesso do projeto.

Durante o estágio foi possível acompanhar o atendimento dos enfermeiros aos utentes com diabetes, em sala de tratamento, conversar com ambos e perceber o rumo que deveria ser tomado no estudo para o êxito do projeto.

No período das entrevistas ao público-alvo, também foi detetado pontos imprescindíveis para o desenvolvimento das atividades das sessões.

Durante a roda de conversa foi possível perceber algumas situações como a necessidade da pessoa de falar e ser ouvida. Isso algumas vezes pode levar a pessoa a fugir do tema para solucionar um problema que não diz respeito ao contexto. O coordenador da roda de conversa tem de saber o momento certo para intervir e conduzir o grupo para o que de facto é o assunto em pauta e alcançar o objetivo da atividade proposta para promoção da LS.

A roda de conversa possibilitou, além do conhecimento adquirido através de uma troca de saberes e experiências, um momento importante de autoajuda e assim também proporcionou uma convivência melhor com a doença crónica (DM) para o alcance do seu bem-estar quer físico quer mental.

7. IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Este capítulo retrata como a intervenção/atividades foram desenvolvidas, fazendo-se referência ao roteiro de entrevista, modificações necessárias para a viabilidade do projeto e apresentação e discussão dos resultados com as suas devidas considerações sustentadas pelas referências bibliográficas.

7.1. Identificação das Necessidades das Pessoas com Diabetes

Esta é uma fase que se equipara ao diagnóstico da situação de saúde, mas que na realidade se tratou de uma continuidade do diagnóstico, inicialmente realizado, integrado no projeto.

7.2. Apresentação e Discussão de Resultados

Após a recolha de dados esgotados, organizados e categorizados, a procura de padrões, segue a interpretação dos resultados com a descrição das variáveis, verificando se há relação entre si e se são válidas com as conclusões da investigação. O processo interpretativo dos resultados constitui uma tentativa de explicar as descobertas de acordo com trabalhos anteriores, utilizando-se de uma análise descritiva (Reis, 2022).

O estudo de Ribeiro (2019), sobre gestão do cuidado a utentes com feridas crónicas em CSP, destaca que existe uma associação direta entre a existência de feridas crónicas com a ocorrência das doenças crónicas não transmissíveis. 83% de seus participantes tinham um diagnóstico de hipertensão arterial, DM tipo 2 e/ou de doenças vasculares periféricas. Tal afirmativa vem a enaltecer a relevância deste projeto e nos desvela as variáveis relacionadas a uma das complicações mais frequentes em pessoas diabéticas, o “pé diabético”, e que, portanto, faz-se necessário um acompanhamento muito próximo com um diagnóstico precoce da DM e início do tratamento das lesões em tempo favorável a uma rápida cicatrização.

A seguir são apresentados os resultados conforme as variáveis estudadas:

Características sociodemográficas

Grupo etário

A faixa etária de pessoas com diabetes mais acometida por feridas nos pés, da população-alvo estudada (45 aos 74 anos de idade), foi dos 55 a 69 anos de idade - 75 % dos entrevistados, sendo as

demais de 50 a 54 e de 70 a 74 com 12,5% cada. Não sendo detetada nenhuma pessoa com diabetes em tratamento de feridas nos pés entre as idades de 45 a 49 anos no período da entrevista.

De acordo com a OECD/European Union (2020), existe uma prevalência expressiva da DM entre os 45 e 74 anos de idade da população portuguesa. A doença é mais frequente entre as pessoas idosas dos 60 a 79 anos, nos países da UE, em comparação às pessoas de 40 a 59 anos.

Segundo Orosco *et al.* (2019), a maior ocorrência das amputações de um PD se dá entre 61 anos a 70 anos de idade. O que vem afirmar a pertinência deste estudo.

Escolaridade

O nível de escolaridade apresentado foi de 62,5 % de participantes com o 1º ciclo do ensino básico e 25% de ensino secundário. Os demais 12,5% com o 2º ciclo do ensino básico. Tal situação remete a estudo que comprova que a falta de conhecimento sobre prevenção é equivalente ao grau de escolaridade. Onde 63,7% das pessoas que possuíam baixa escolaridade apresentavam diabetes (Santos *et al.*, 2019), o que pode contribuir para as complicações diabéticas como o PD.

Os autores Mekonen e Demssie (2022), identificaram que os utentes com diabetes que não sabiam ler nem escrever e os somente com o ensino básico completo tinham duas a três vezes mais chances de terem uma má prática de autocuidado com os pés em comparação aos que completaram o ensino secundário e o superior, respetivamente.

Sexo

Em relação ao sexo masculino, esse grupo teve uma participação maior na pesquisa com 62,5%. Detetou-se que 100% dos homens possuíam uma história anterior de feridas nos MMII, sendo 60% do pé. Do total de homens, 40% apresentaram amputações e as mulheres, com um percentual de 33,3%. De acordo com Orosco *et al.* (2019), a incidência mais frequente de amputações em PD ocorre nos indivíduos do sexo masculino.

De acordo com Pereira e Barros (2015), os homens procuram menos pelas unidades de CPS por vários fatores e um deles seria por motivo do trabalho e, segundo a OECD/European Union (2020), mais homens do que mulheres têm diabetes na meia-idade (entre 40 e 59 anos de idade) e um maior número de mulheres tem diabetes bem mais tardiamente, principalmente porque vivem mais tempo.

No estudo de Negash *et al.* (2022), os participantes do sexo feminino tiveram quase três vezes mais chance de realizar um bom cuidado com os pés do que os homens.

Esse resultado vem nos alertar para que, devido os homens terem um cuidado relativamente menor com a sua saúde dos pés, se comparado com as mulheres, sejam incentivadas mais ações como programas de promoção à saúde direcionados aos homens.

Estado Civil

Detetou-se que as pessoas que não tinham um cônjuge (25%) relataram um número maior de histórias anteriores de feridas e com graves complicações, o que pode se deduzir que uma companhia contribui para um cuidado maior com os pés.

A pesquisa de Ploderer *et al.* (2018), por exemplo, em que utilizou de registos de fotos de telemóveis dos utentes, para que os mesmos pudessem monitorar o progresso de seu tratamento de ferida, e desta forma motivá-los para o autocuidado, observaram que as feridas mais difíceis de serem registadas pelo próprio utente, da planta do pé, eram registadas pelo cônjuge.

Em estudo de Souza *et al.* (2021), foi desenvolvido um álbum seriado de fácil compreensão e bem ilustrativo para facilitar a educação dos cuidados com os pés, onde inclui as famílias/cuidadores neste processo preventivo.

Os utentes precisam de serem apoiados de forma contínua pelos seus familiares e comunidade para modificação de seu estilo de vida/comportamentos, na intenção de que as mudanças sejam sustentáveis, obtendo assim um melhor controlo da diabetes (Pourkazemi *et al.*, 2020).

Para Tsai *et al.* (2021), relativamente à execução e hábito de comportamento de autocuidado com o PD, verificou-se que aqueles que residiam com seus familiares, que tinham coabitantes, apresentavam comportamentos positivos e significativamente melhores. Constatou-se que a família e os amigos podem ajudar os utentes no controlo da doença e é essencial para promover um bom comportamento de autocuidado.

Somando-se a isso, o estudo de Mekonen e Demssie (2022) ressalta que utentes com diabetes que tinham um apoio familiar ruim eram mais propensos a ter má prática de autocuidado dos pés em comparação aos utentes com um bom apoio familiar.

Comportamento inadequados para saúde

Relativamente ao tabagismo, 100% dos entrevistados disseram não fumar e desses, 25% tinham relatos de 30 a mais de anos de fumo, onde os mesmos apresentavam amputações e eram todos do sexo masculino.

A respeito disto, Paes *et al.* (2022 a.) reforçam a importância da LS para o controlo da diabetes através da importância do uso correto das medicações, da prática regular de atividade física, cuidados com a alimentação, como também a moderação no consumo de bebidas alcoólicas e do abandono do tabaco. Estabeleceram três etapas, nomeadamente: consulta de enfermagem, onde se incluiu a avaliação do risco para PD; atividade em grupo com abordagem expositiva dialogada e a utilização de jogo de perguntas e respostas e, por último, acompanhamento telefónico, por meio de mensagens de

aplicativos ou ligações telefónicas, com a intenção de sanar as dúvidas referente ao controlo da DM e de outras necessidades, deixando os participantes livre para esta procura.

Gerenciar o estilo de vida é fundamental no tratamento da diabetes e inclui educação e suporte para a autogestão da doença, dieta, atividade física, atendimento psicossocial e aconselhamento para parar de fumar. Utentes e profissionais de saúde devem juntos procurar otimizar esse estilo de vida durante todo o acompanhamento para melhorar o tratamento da diabetes. Deve-se recomendar a todos os utentes a não consumir cigarros e outros produtos de tabaco ou cigarros eletrónicos (ADA, 2019).

O álcool estava presente na vida de 50% dos entrevistados. Apesar de afirmarem não beberem em demasiado, 25% desses consumiam raramente, 25% de vez em quando e 50% diariamente.

A ADA (2019) considera que a ingestão de álcool de forma moderada não tem maiores efeitos prejudiciais no controlo da glicémia, a longo prazo, em pessoas com diabetes. Os riscos associados ao álcool incluem hipoglicemia (particularmente aos que utilizam da insulinoaterapia), ganho de peso e hiperglicemia (aos que consomem em demasiado). Aqueles que optam por beber, devem seguir as orientações como para aqueles sem diabetes, mulheres não mais que um drinque por dia e homens não mais que dois (um drinque é equivalente a 360 ml para cerveja, 150 ml de vinho ou 45 ml se bebida destilada).

Conhecimento sobre DM

Definição de DM

Segundo as entrevistas, 50% do percentual define a DM como açúcar no sangue, desse percentual, 50% diz ser causado pelo excesso do açúcar, 25% diz causar deterioração dos vasos sanguíneos e outro 25% leva às complicações. Retomando ao total, 25% diz tratar-se de uma doença perigosa, onde 50% diz ser uma doença que necessita do uso de medicação via oral e de insulina e 50% diz não ter certeza se ocorre somente pelo açúcar no sangue. 12,5% afirma ser uma doença hereditária e 12,5% ser uma doença que necessita de cuidados com a dieta.

Podemos dizer que o utente tem a percepção do que se trata a DM, embora, no geral, de forma muito superficial. Isso pode estar relacionado com a escolaridade dos participantes. Segundo o estudo de Paes *et al.* (2022 b.), o nível satisfatório de literacia em saúde está relacionado com o conhecimento adequado sobre a doença.

Os autores Lima *et al.* (2022) afirmam, em estudo, que a maior parte dos entrevistados não tinha conhecimento sobre a complicação diabética “pé diabético”.

Padrões nacionais de educação e suporte para a autogestão da diabetes, recomendam que todas as pessoas com diabetes devem participar da educação para o autogestão da doença para facilitar o conhecimento e as habilidades necessárias ao autocuidado com a diabetes. O suporte do autocontrolo da diabetes também é recomendado para auxiliar na implementação e manutenção de comportamentos necessários para a autogestão contínua. A ESAD deve ser centrada no utente, pode ser administrada em grupo ou individualmente e usar de tecnologia, e deve ser comunicada a toda a equipa de tratamento da diabetes (ADA, 2019).

Controlo da Diabetes

Um percentual de 50 % afirmou que o controlo da doença é feito com medicação, mas 25% desse também considera a importância da ingestão de água e outro 25% o controlo com teste de glicémia. Retomando ao total, 25% controla com dieta (50% deste faz ainda o controlo do peso, análise de hemoglobina glicada, teste de glicémia, evita tensões e tem atenção aos sinais e sintomas que acusam a hipo ou hiperglicemia) e os restantes 25% afirmam fazer o controlo da doença apenas com o teste de glicémia.

Significa que 50% acredita em tratamento e não se preocupa com a prevenção.

Os utentes precisam perceber que são responsáveis por suas atitudes e que a falta de adesão a terapêutica gera consequências muitas vezes irreversíveis como no caso das amputações. O Enfermeiro é muito importante para contribuir a esta adesão, a atitude responsável de ambos gera o êxito do processo para a cura. Segundo estudo de Trivellato *et al.* (2018), a consulta de enfermagem permite uma relação interpessoal que estimula a adesão aos cuidados para o controlo metabólico e do tratamento das úlceras crónicas.

Cuidados com a alimentação

Sobre os cuidados que costumam ter com a alimentação, 75% tentam seguir uma dieta e 25% não conseguem deixar de comer alguns alimentos prejudiciais.

Percebe-se que existe uma certa resistência em manter alguns hábitos alimentares e é observado, em alguns comentários, que o desejo de comer é maior que a necessidade de parar e colocam suas justificativas como estar acostumado e/ou gostar muito. Com esta atitude, termina por transferir a responsabilidade ao profissional que terá de tentar controlar sua doença por outro meio.

Foi perceptível a participação de cônjuge na elaboração da dieta, o que vem a intensificar a importância da inclusão de familiares/cuidadores em atividades educativas sobre a doença diabetes e seu controlo. Também foi perceptível dúvidas como qual será a melhor fruta para se comer. Neste sentido existe uma insegurança do que realmente pode se alimentar.

Para muitos indivíduos com diabetes, a parte mais desafiadora do tratamento é definir o que comer e seguir um plano de refeições. Cada pessoa com diabetes deve ser envolvida de forma ativa no planeamento alimentar individualizado. Todos os indivíduos com diabetes devem ser encaminhados para atendimento nutricional individualizado, fornecido por um nutricionista que tenha conhecimento e habilidade no fornecimento de terapia médico nutricional específica para diabetes. No geral, as pessoas são encorajadas a diminuir bebidas açucaradas e não nutritivas e usar outras alternativas, com ênfase na ingestão de água (ADA, 2019).

Dificuldades com medicação

Apenas 12,5% respondeu ter dificuldade com a medicação oral, devido a necessidade de engolir comprimido grande sendo orientado, por profissional de saúde, a partir o comprimido e engolir em pedaços. Uma das etapas do estudo de intervenção educativa sobre diabetes de Paes *et al.* (2022 a.), a fase da consulta de enfermagem, reforçou a importância do uso correto dos medicamentos. Davies *et al.* (2018) explicam essa importância, quando dizem que o tratamento da DM tipo 2 tem a finalidade de prevenção como também o impedimento do avanço das complicações diabéticas e preservação da qualidade de vida.

Não foi relatada nenhuma dificuldade em relação a administração de insulinas.

Feridas

Evolução da ferida

A maior parte das feridas surgiu de formas variadas e muitas vezes despercebidas. Pododáctilos a apresentarem hematoma, presença de fratura óssea, calos e presença de sangue em meias foram os 62,5% dos casos. Feridas provocadas por cortes de unhas e tentativa de retirada de calo foram 37,5%.

Dentro dos 62,5% relatados, algumas feridas foram geradas por acidentes (25% dos casos), quer em ambiente interno (domicílio) quer externo e, durante a evolução das lesões, não foi percebida de imediato a piora do quadro, vindo a procurar por atendimento de saúde de forma tardia.

Os acidentes podem ser imprevisíveis e estar a casa, um esperado ambiente controlado, não impede esses acontecimentos, desde um tropeçar em móvel ou tapete como num material/equipamento de jardim. A segurança do ambiente em que vivemos deve ser levada em consideração com a proteção devida contra acidentes domésticos. Precisa-se ter uma atenção especial para prevenção dos acidentes domésticos, procurando manter o ambiente seguro (SBD, 2020).

Em relação à apresentação das feridas, as partes dos pés mais acometidas dos entrevistados foram os dedos dos pés, cerca de 75%. Orosco *et al.* (2019), vem confirmar tal facto em seu estudo, por meio do qual regista que a região com maior frequência de amputações, num PD, são os pododáctilos.

Passado de feridas em MMII

Foi referido por 25% dos entrevistados, todos esses do sexo feminino, que não tinham passado de feridas. Dos 75% que já apresentaram ferida anteriormente, 66,6% estavam relacionadas aos pés, onde 50% desses localizadas nos dedos.

Importante registar, que 33,3% dos utentes com diabetes, dos que tiveram um passado de ferida, foi de forma acidental, o que também se repetiu na situação atual, levando-se em consideração a importância de se falar em um ambiente seguro.

Pode-se afirmar pela pesquisa realizada, quer pelas histórias passadas de feridas em MMII quer pelas atuais relatadas pelos entrevistados, os dedos dos pés são os sítios mais acometidos, seguido pela região plantar e por último a perna. Isso vem a intensificar a importância de atenção especial para com os pés das pessoas com diabetes.

O PD é uma importante complicação diabética e uma das causas mais frequente de amputação dos MMII (Orosco *et al.*, 2019).

Local de tratamento das feridas

Os 100% dos utentes foram acompanhados por unidades de CSP, sendo que o hospital estava muito presente (62,5%) até mesmo como primeiro atendimento. Ainda assim, conforme relatos, 50% dos utentes não procuraram por atendimento de imediato ao serviço de saúde.

Segundo estudo (Lima *et al.*, 2022), cerca de 49% dos participantes da pesquisa informaram não procurar por atendimento em unidades de CSP, quando na identificação de lesões e/ou alterações dos pés, antes da realização por si próprios de procedimentos caseiros. Percentagem que aumenta mais ainda em casos de analfabetismo, chegando a ser 58,3% nesse grupo.

O hospital por ser um serviço de referência, com diversas especialidades, termina por ser ainda bastante procurado como também para receber os utentes encaminhados pelos CSP (Orosco *et al.*, 2019).

Tendo-se o pressuposto de que os CSP atuam de forma crescente como um serviço de manejo de feridas complexas, em substituição ao hegemónico modelo hospitalar, e que são essenciais para a otimização do tempo do processo cicatricial, promoção de uma melhor qualidade de vida e redução dos gastos com a saúde pública, torna-se importante estudos a referir ambientes como os serviços de

CSP, os quais não são muito explorados (Ribeiro, 2019) e, assim, valorizar esta forma de atendimento tão eficaz, mas que para isso deve ser incentivada a sua procura por necessidade de atendimento o mais prematuro possível.

Tipo de calçado habitual

As sandálias/chinelas comuns foram citadas em 50% como calçado habitual, 25% tênis e 25% sapatilhas. Do total, 25% dos utentes com diabetes entrevistados estão a providenciar sapato próprio para pessoas com diabetes e 25% referem já possuir esses sapatos, apesar de não ser o calçado habitual. Interessante informar que 12,5% usa sandália indicada por profissional de saúde durante tratamento de feridas, 12,5% usa sandália indicada somente ao sair de casa e 12,5% não tem condições de custear um sapato adequado. O que vem mostrar, também, que as baixas condições socioeconómicas têm uma relação com o aumento da incidência do PD.

Foi percebido uma variedade de sapatos utilizados para cada ocasião, e que seriam muitos a citar, não contribuindo para as informações de forma objetiva, tanto por parte das mulheres como dos homens. De qualquer forma, não podemos inferir se isto acontece mais com mulheres do que com homens ou vice-versa, pois o questionamento foi sobre qual era o calçado de uso habitual. Entretanto, percebe-se que tal multiplicidade contribui para o surgimento das úlceras dos pés.

Como descrito por Lima *et al.* (2022), em seu estudo, os utentes tinham o cuidado de não andar descalço, mas 90,9% das pessoas com diabetes não utilizavam os sapatos adequados.

Não existe uma preocupação com o calçado adequado como os recomendados por especialistas, vindo a agravar mais ainda a situação de um PD.

Num relato de estudo (Ploderer *et al.*, 2018), um dos participantes preocupou-se em dizer não querer ter de usar um calçado médico, e isso era o que o motivava a resolver o problema da ferida crónica em cinco ou seis meses. Acrescenta que o seu objetivo se resume em poder ter uma vida longa e com suas pernas, não aceita perdê-las. Isso mostra o quanto há de défice de LS sobre prevenção do PD entre os utentes.

Os calçados para pés neuropáticos, pré-fabricados, devem ser usados a maior parte do dia (inclusive dentro de casa) e não somente ao sair. Também existe um hábito muito praticado que é o de usar chinelas de dedos com meias, chinelos de pano e pantufas. São calçados que não se ajustam ao pé, sendo responsáveis por muitas quedas (SBD, 2020).

Conhecimentos sobre as feridas dos pés

Algo para ajudar a melhorar seu tratamento de ferida

Em relação a participação dos utentes para a melhora do tratamento de suas feridas, 25% não percebe no que pode ajudar, 12,5% segue as orientações dos profissionais de saúde, 12,5% recebe cuidados por enfermeiros, 12,5% mantém cuidados, como não molhar o penso e observa o pé; 12,5% repousa; 12,5% mantém o controlo da doença, 12,5% mantém cuidados através da dieta, como beber bastante água e ingerir algumas frutas que afirma ajudar na cicatrização.

No estudo de Ploderer *et al.* (2018), para surpresa dos pesquisadores, informa que 72,72 % dos participantes da pesquisa, sobre registo das feridas através de fotos para incentivar ao autocuidado, já utilizavam de seus telemóveis para captar fotos e era uma forma de manter o controlo do progresso do tratamento da úlcera de seu PD. Apesar de não o fazerem de forma sistemática, demonstrou a confiança do utente com o registo através das fotos e poder comprovar de facto a melhora, o que passa a ser um estímulo para manter as medidas de cuidados.

O mesmo estudo, anteriormente citado, também regista relato de participante que diz que gostaria de poder nadar com os seus filhos e não ter de se preocupar com o penso que não pode ser molhado, que além de servir como motivação para curar-se da úlcera demonstra uma das medidas de cuidado sendo praticada.

Algo que poderia ter feito para evitar o aparecimento da ferida do pé

Quanto a existir algo que acredita que poderia ter sido feito para evitar o surgimento da ferida do pé, 37,5% afirma não ter como evitar. Desses, 66,6% explica que foi um acidente e 33,3% justifica diagnóstico tardio. Retornando ao total, 50% afirmou que poderia ter evitado, visto que 25% cortou a unha de forma insegura, por pessoa que não era a mais indicada à prática; 12,5% não procurou por atendimento desde o início, quando surgiu a bolha; e 12,5% tentou retirar calo por conta própria. Além destes, 12,5% não sabe se poderia ter evitado.

A respeito disto, Ploderer *et al.* (2018) registam, em estudo, que um utente percebeu o que fez de errado em determinado dia, por ter caminhado bastante neste dia, e o próprio concluiu que isto foi prejudicial para o progresso do tratamento de sua úlcera de PD, mas que foi uma forma de aprendizado e não tornará a fazê-lo.

Algo que deve fazer para evitar as feridas do pé

Quando se fala no que se deve fazer para evitar a ferida, 50% lembra da importância do uso de calçado adequado, desses, 25% acrescenta dieta e 25% uso de cremes hidratantes. 12,5% do total faz referência a inspeção dos pés, além de se ter cuidados com alimentação e higiene, 12,5% relata sobre seguir as normas de segurança em relação aos riscos de acidentes no domicílio, 12,5% acredita que não é possível evitar em casos hereditários e outro 12,5% não realizar procedimento no pé por conta própria.

Apesar de uma percentagem fazer menção de que não é possível evitar feridas, não houve relatos de que o pé foi avaliado diariamente, e a maioria percebe que a experiência de vida é um aprendizado, mesmo que negativo, para prevenção.

Um aspeto referido por Lima *et al.* (2022), em estudo, é que os participantes não realizavam todas as medidas de autocuidado com os pés como inspeção diária, hidratação, corte de unhas, secagem interdigital e o uso de calçado adequado, e que tais comportamentos eram equivalentes a uma menor escolaridade com uma menor capacidade de ações para medidas de autocuidado com o pé.

Conhecimento sobre tratamento de feridas do pé

Conhecimento sobre como realizar o tratamento da ferida

Dos entrevistados, 50% responderam saber realizar o procedimento e descreveram-no corretamente de uma forma geral (primeiro a limpeza e em seguida põe-se a cobertura, entre outros detalhes citados por alguns). Dos 50% que responderam não saber, todos eram do sexo masculino e, não se tinha relação com a escolaridade, e sim que todos esses tinham história de comportamentos não saudáveis e 50% desses não tinha um cônjuge.

No período da pesquisa não foi detetado nenhum estudo referente sobre conhecimentos dos utentes em relação à técnica de realização do penso para embasamento no projeto.

Tentativa de resolver, por si mesmo, algum problema surgido no pé

Entre os entrevistados, 37,5% disseram tentar resolver por si próprios algum problema surgido no pé, sendo 33,3% retirada mecânica de calo, 33,3% uso de cremes hidratantes para desaparecimento dos calos e 33,3% fez penso por conta própria por quase 15 dias.

Foi constatado, durante estágio, que alguns comportamentos ditos pelos utentes com diabetes, portadores de feridas, eram inaceitáveis, devido ao risco gravíssimo de amputação, e ouvir

os seus relatos foi preocupante. A questão é que muitos já tiveram consequências graves por comportamentos anteriores e continuam a praticá-los. Salmeh et al. (2020), afirmam que no estudo realizado demonstrou que comportamentos inadequados de autocuidado estavam associados à úlcera de PD e, segundo Trivellato *et al.* (2018), a confiança que se tem no profissional, na sua eficiência, é importante para a adesão à terapêutica.

Conhecimento sobre tipos de pensos/produtos que já se utilizaram no tratamento da sua ferida

Apenas 12,5% disse que não tinha conhecimento sobre pensos/produtos usados em suas feridas. 87,5% respondeu que tinham o conhecimento, desse, 100% confirma o uso de solução iodada em seu tratamento, seja em forma de compressa ou em solução. O iodo é de facto um produto ainda muito utilizado, apesar de sua toxicidade para as células dos tecidos expostos em ferida.

Da mesma forma que não detetamos nenhum estudo referente sobre conhecimentos dos utentes em relação à técnica de realização do penso pelo utente, como citado anteriormente, não encontramos estudos sobre o conhecimento dos utentes sobre os produtos já utilizados no tratamento de suas feridas.

Tratamento da ferida além do enfermeiro

Foi confirmado que 62,5% tem seu penso realizado por outro além do enfermeiro, desses, 80% foi por si próprio (sendo 25%, além de utente, também por médico) e 20% por médico, conforme informado nas entrevistas.

Consoante relato em entrevista, o utente passa a informação de que o médico o orienta em dizer que somente o enfermeiro é quem deve fazer seu penso. Houve também comentário de não perceber porque o médico faz desbridamento de sua ferida.

A consulta de enfermagem é uma estratégia que deve ser mais bem aproveitada para esclarecer as dúvidas e demonstrar o seu alto potencial, sem precisar que terceiros precisem o fazer. Segundo Trivellato *et al.* (2018), o utente terá a confiança no enfermeiro, quando esse se mostrar altamente competente, facilitando a adesão dos mesmos às suas orientações.

Neste caso, pode-se dizer que o conhecimento nunca é o bastante. Precisa-se de facto esclarecer as dúvidas dos utentes para que possa contribuir com a cicatrização de forma positiva, acreditar que o procedimento é o correto e não, apenas, discordar sem conhecimento por questão de sua ferida estar a apresentar atraso de cicatrização.

Retirada do penso antes do tempo indicado por enfermeiro

Quando questionado se é retirado o penso antes do tempo indicado pelo enfermeiro, 75% negaram fazê-lo. Os outros 25% disseram já ter retirado, sendo 12,5% uma vez por doer e 12,5% uma vez e sob a orientação de enfermeiro.

As atitudes e comportamentos inadequados, os quais prejudicam a cicatrização de uma ferida, precisam ser abordados durante as atividades educativas e de forma a sensibilizar as pessoas com diabetes. Através do conhecimento de uma grave situação de uma ferida por comportamento inadequado e que, anteriormente, já havia sido alertado de seu risco por profissionais de saúde é interessante de ser exposta como através de materiais audiovisuais, por exemplo, seria algo possível de se fazer. A roda de conversa é uma estratégia que possibilita a compreensão a partir de experiência de vida, atitudes tomadas e suas consequências por meio de relatos dos participantes.

Os autores Salameh *et al.* (2020), defendem em estudo que o conhecimento de preditores e fatores de riscos relacionados permitem ao profissional, enfermeiro e médico, elaborar programas apropriados para redução da incidência de úlcera no pé como o ensino audiovisual. Muitos são os fatores de risco possíveis de serem modificados com o aumento da conscientização e conhecimento da população sobre os problemas e práticas de autocuidado. Isso poderia contribuir para reduzir a incidência de úlceras de PD. O estudo também tem contribuído para a educação dos estudantes de Enfermagem sobre programas de prevenção do PD na comunidade.

Necessidade de encaminhamento para algum outro profissional de saúde ou para o hospital

Os utentes com diabetes com feridas dos pés foram encaminhados, em 75% dos casos, sendo 33,3% para urgência do hospital, 16,6% faz penso 1 x por semana em hospital, 33,3% médicos especialistas em PD e 16,6% médico vascular de 6/6 meses.

Em estudo consultado, é reconhecido que as FC, com toda a sua complexidade e apresentação multidimensional, necessitam para além dos ambientes propostos (consultórios e salas de pensos) de cuidados multiprofissionais/interdisciplinares integrais e com resolubilidade (Ribeiro, 2019). O enfermeiro precisa perceber e reconhecer o momento de encaminhar o utente para uma assistência eficaz, quando no momento não pode proporcionar ao utente a segurança da terapêutica, e que, portanto, precisa da avaliação de outro profissional para não prejudicar a evolução da cicatrização da ferida da pessoa com diabetes acompanhada pelo mesmo.

Os autores Pontes *et al.* (2021) ressaltam também, no seu estudo de prevenção do PD, o quanto é importante a atuação, de forma abrangente, de uma equipa multiprofissional nos CSP com o intuito a uma boa qualidade de vida para a população.

A informação/educação sobre as complicações da diabetes na prevenção de feridas

Quando questionado em entrevista sobre acreditar ou não que a informação através da educação previne feridas, todos concordaram que sim.

Com o projeto pode-se reconhecer que a informação nunca é o bastante e a criatividade, com a utilização de técnicas inovadoras e validadas cientificamente, conta para que se torne um momento prazeroso, possibilitando o estímulo para um novo encontro com o utente a perceber a LS como parte de seu tratamento.

A revisão integrativa estruturada de Oliveira *et al.* (2021) permitiu que concluíssem que as ações de enfermagem à pessoa com uma ferida estão relacionadas não só com a manutenção de uma estrutura física ideal e no acolhimento e compreensão de culturas/crenças que possam interferir de forma negativa no processo de cicatrização, mas também com uma intervenção direcionada a ações de educação em saúde de acordo com a necessidade individual de cada utente, especialmente o doente crónico. Portanto, o enfermeiro, enquanto profissional ativo do processo de cuidados de lesões, possui contributos para fortalecer a autonomia e autocuidado para garantir a prevenção de lesões de pele como também o seu manejo.

7.2.1. Considerações finais da análise de resultados

Por meio das entrevistas, percebemos que o surgimento de muitas feridas não foi compreendido de imediato pela pessoa com diabetes. Apesar das formas acidentais, por exemplo, serem situações que se espera que de facto sejam solucionadas no mesmo dia do ocorrido, não foi o informado nesta pesquisa. Os utentes acidentados não perceberam a sua evolução para pior, vindo a procurar por atendimento em unidade de CSP e/ou hospital após a gravidade da lesão instalada. Observou-se que os participantes não procuraram de imediato por atendimento, o que pode contribuir e muito para o aumento dos números de ocorrências de amputações.

Os calçados têm muita influência no surgimento das feridas. Portanto, deve ser considerada a escolha de um bom calçado que siga as normas de um sapato adequado para pessoas com diabetes e não somente confortável. Caso o calçado não siga os critérios recomendados, pode gerar uma lesão inicialmente impercetível e evoluir para uma ferida já num processo infeccioso o que é um risco muito grande para uma pessoa com diabetes Mellitus.

A inspeção dos pés foi muito pouco citada, mostrando que de facto existe um descaso com os pés. Se há verificação, não ocorreu a necessidade de se dizer que deve ser praticada diariamente. Isso leva a crer que os cuidados com os pés são realmente negligenciados. Há um descaso por parte das

peessoas com diabetes, que não veem a prevenção como algo de facto importante por não ser talvez algo concreto, que não dá respostas imediatas.

Em resumo, existem défices nas medidas de cuidados. Assim identificamos com as entrevistas aos utentes que há que promover a literacia em saúde sobre:

- Definição da doença diabetes, fisiologia e complicações;
- Cuidados diários com os pés;
- Dieta da pessoa com diabetes;
- Comportamentos inadequados;
- Fluxo dos serviços disponíveis do sistema de saúde;
- Responsabilidades com a própria saúde enquanto doente crónico;
- Programas de saúde direccionados a pessoas com diabetes;
- Sites seguros, disponíveis para informações sobre a doença diabetes.

A LS precisa ser trabalhada exaustivamente, continuamente, pois para que exista o autocuidado necessita-se ter o conhecimento com o que estar a se lidar. Tudo sobre o que esteja relacionado à doença é importante saber para que de facto possa se prevenir com segurança e responsabilidade. Ter uma doença crónica de muitos anos é esperado que, no mínimo, a pessoa consiga expor um conhecimento mais próximo de uma definição científica, quer pela curiosidade quer pelo que já se ouviu falar com frequência durante tantos anos de doença ou ainda por uma infeliz experiência. Com isso, conclui-se que não existe uma educação de forma contínua.

Os utentes têm muitas dúvidas relativas à sua doença. A LS pode ajudar a conscientizar o utente a manter e melhorar uma boa saúde através das medidas de autocuidado, sendo sempre supervisionado e esclarecidas as dúvidas com o enfermeiro.

Apesar do enfermeiro ser reconhecido como um profissional que trabalha com o cuidar, baseado em evidência científica, os utentes demonstraram que se sentem na liberdade de definir o que é melhor para si, mesmo correndo riscos. Neste contexto, a enfermagem precisa de reconhecimento de seu trabalho, de passar ao utente a segurança para que o mesmo se sinta confiante em sua assistência e, conseqüentemente, adira ao planeado de forma conjunta com o enfermeiro. A rotação de profissionais no serviço a cuidar de sua ferida pode o deixar inseguro no que realmente deve ser aderido por ele no cuidado, o que termina por fazer com que deixe de seguir o tratamento à risca.

7.3. Sessões de educação para a saúde

A intervenção educativa proporciona aumento de conhecimento e a participação de uma rede de apoio, como familiares/cuidadores, se faz importante e responde positivamente no progresso deste processo educativo (Paes *et al.*, 2022 a.).

Foram realizadas sessões de educação para a saúde destinadas aos utentes com diabetes e suas famílias, tendo sido convidados mediante convite através de cartazes e página de Facebook de associação comunitária, e divulgação pelos próprios profissionais de saúde nas suas consultas/atendimentos. As atividades foram desenvolvidas através de rodas de conversa com dinâmicas grupais no intuito de obtenção de conhecimentos sobre cuidados, respondendo aos temas que foram identificados nas entrevistas para a prevenção do PD.

Um Plano de Educação para a Saúde para Prevenção do PD foi elaborado como documento base para apoiar e orientar na realização das sessões de educação para a saúde, suportando de forma esquemática toda a informação pertinente das respetivas sessões (Apêndice VI).

Este plano foi desenvolvido em várias sessões educativas, replicado a quatro grupos de formandos em salas de reuniões de unidades funcionais de saúde e outro a grupo em associação comunitária. Pretendeu-se com isso alcançar grupos menores, somente da área de abrangência da instituição, e assim captar melhor a atenção e facilitar a informação de forma mais eficaz através das rodas de conversa (Anexo III).

Houve a aplicação de um questionário pré e pós à dinâmica para a avaliação dos conhecimentos nestes dois tempos do encontro, permitindo uma análise das suas maiores dificuldades relacionadas à temática (Apêndice VII). O estudo de Dias *et al.* (2018), constatou que a roda de conversa proporciona uma reflexão e compreensão, é um processo educativo-crítico-reflexivo, e permite um espaço para as discussões e partilha de dúvidas, questionamentos e experiências, onde foi observado que os participantes se sentiam à vontade para se expressar de uma forma natural e espontânea. Redirecionando ao projeto, no Concelho, também foi perceptível esse comportamento, como também, que o ambiente intervém, pois, o espaço agradável aproxima mais as pessoas e evita distrações.

É muito importante, considerar que a estrutura física, nomeadamente, luz, temperatura e decoração, interfere para que o momento seja, além de promover a LS, agradável. É uma forma simples de partilha de conhecimento, experiências de vida, que se dá através do diálogo, e não uma transmissão de conhecimento por modelo tradicional de educação. O utente é participativo e fundamental para o êxito do encontro.

A metodologia roda de conversa favorece, além do conhecimento adquirido, o conhecer melhor o utente, os determinantes sociais que influenciam na sua prevenção/tratamento, possibilita encaminhamentos e deteta intervenientes que possam estar a prejudicar a uma boa saúde do utente. É um momento em que também pode ser solucionado alguns problemas em conjunto e termina por se prestar como um grupo de autoajuda.

Importante expor que o colaborador da roda de conversa, coordenador, deve ser conhecedor da temática a ser explorada, através da educação dialógica, e manter a ordem do momento para que os participantes não se dispersem. Deve ter o controlo da atividade, sempre atento ao momento para alertar às pessoas a retornarem ao tema.

Segundo Paulo Freire (1987), “já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (p.39). O autor explica sobre a educação bancária que é um esquema de uma educação verticalizada, apenas de transmissão de conhecimento praticado pelo educador, a qual é reprovada pelo mesmo. Num ensino dialógico, já não é mais o educador aquele que apenas educa, mas o que enquanto educa é educado. O educador em diálogo com o educando, também passa a ser educado. Ambos são sujeitos do processo de crescimento de conhecimento juntos, em que argumentos de autoridade não cabem neste processo de aprendizagem.

A metodologia utilizada para as sessões de educação para a saúde, foi a roda de conversa, idealizada no “círculo de cultura” de Paulo Freire, com algumas diferenças, pois tinha um plano de conteúdo de ensino a ser trabalhado para prevenção do PD. Foi apresentado, no entanto, neste projeto, uma forma diferente de educação através do diálogo, onde existia um tópico, previamente elaborado, para o conhecimento a ser desenvolvido em conjunto, mas de uma forma dialógica, onde se colocava uma situação, problematizava-se e refletia-se, a partir daí abria-se espaço para um pensamento crítico com a participação de todos os presentes. Antes de cada enunciado do plano de educação proposto, promovia-se o diálogo com a experiência de vida exposta por alguns, do aprendizado adquirido ao longo de sua vida, onde não se tratou apenas de uma troca de experiência.

No círculo de cultura, não há professor, há um coordenador e aprende-se em reciprocidade, e tem como objetivo dar as informações solicitadas pelos participantes, propiciando condições favoráveis para que a dinâmica em grupo flua com a redução mínima de sua intervenção direta no curso do diálogo (Freire, 1987).

Neste sentido, Dias *et al.* (2018) evidenciaram que a roda de conversa é importante, enquanto instrumento de educação em saúde para Enfermagem, pois trata-se de uma forma descontraída de passar a informação e que estimula a participação dos utentes. Deste modo, a assimilação do

conhecimento relativo ao tema exposto, em associação com as trocas de saberes, é facilitada e aprofundada, tornando este método um meio esclarecedor para a população.

7.4. Outras Atividades Desenvolvidas no Âmbito do Projeto

Foi entrado em contacto com uma associação comunitária de uma freguesia do concelho para divulgar o projeto de intervenção de forma mais ampla e dar oportunidade a quem fosse de interesse a participar do encontro de educação em prevenção do PD.

Dessa forma procurou-se também estabelecer vínculo com a associação comunitária da freguesia ao levar a divulgação do projeto para esta comunidade. A divulgação foi feita através de Facebook e por cartazes afixados nas dependências da associação (Apêndice V).

Foi também disponibilizado, como pedido de responsável do local do estágio, texto para a divulgação do projeto pelo jornal do ACES para informação sobre a atividade realizada e como proposta futura de continuidade do projeto.

8. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação é a última etapa do projeto. É uma fase que deve ser precisa e pertinente, onde sua função primordial corresponde à determinação do nível de sucesso dos objetivos definidos. Para isso é necessário seguir critérios como a elaboração de julgamentos através dos indicadores. Existe nesta fase uma confrontação entre objetivos e estratégias (Tavares, 1992).

Os objetivos deverão ser exequíveis, o que possibilita a avaliação final expressa por indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori & Giraldes, 1982), como também devem ser mensuráveis (Tavares, 1992).

Para Imperatori e Giraldes (1982), a avaliação é uma etapa que necessita determinar cuidadosamente as situações para conduzir às conclusões sensatas e de utilidade, baseando-se em dados pertinentes e fáceis de obtenção.

O projeto tem como objetivo principal promover a LS da população com diabetes, entre os 45 e 74 anos de idade de um Concelho da área metropolitana de Lisboa, sobre a prevenção do PD.

Segundo Imperatori e Giraldes (1982), há dois tipos de indicadores: o indicador de execução “pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (...) Um indicador (...) de impacto pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema” (p.44).

Assim para atingir cada um dos objetivos delineados foram programadas atividades, avaliadas através de indicadores segundo os quadros abaixo.

Realização de sessões de educação para a saúde sobre autocuidado seguro e responsável na prevenção do PD para pessoas com diabetes e suas famílias:

Objetivo 1 – Contribuir para o conhecimento sobre autocuidado seguro e responsável na prevenção do pé diabético para pessoas com diabetes e suas famílias;

Foram realizadas um total de cinco (5) sessões, sendo 4 realizadas em espaços das Unidades Funcionais de CSP, salas de reuniões, e 1 sessão numa Associação de uma freguesia, em conjunto com a unidade de CSP da mesma localidade, atingindo um percentual de 100% de sua concretização conforme mostra o quadro 7.

Quadro 7 - Avaliação do número de sessões realizadas de acordo com o número de sessões programadas.

Meta	Indicador	Avaliação
Realizar 05 sessões de educação para a saúde previstas sobre prevenção do PD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões programadas}} \times 100$	$\frac{5}{5} \times 100 = 100\%$ 5 Atingida

Fonte: Elaboração própria.

De um total de 63 pessoas convidadas, obteve-se um total de 28 participantes, consoante quadro 8. O convite foi feito por meio de cartazes, rede social (Facebook) e pelos próprios profissionais de saúde, enfermeiros.

A maior parte das pessoas do grupo etário convocado exerce atividades laborais, sendo justificada a impossibilidade de participação na atividade por choque de horários com suas obrigações diárias, o que terminou por influenciar neste indicador, mas que ainda foi possível de ter uma percentagem razoável do planeado.

Quadro 8 - Avaliação do número de presentes às sessões de acordo com o número de convocados.

Meta	Indicador	Avaliação
Presença de pelo menos 30% das pessoas com diabetes da população alvo nas sessões de educação para a saúde	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de convocados para sessão}} \times 100$	$\frac{28}{63} \times 100\% = 44\%$ 0,44x100= 44% Atingida

Fonte: Elaboração própria.

Conforme quadro 9, do total de 28 participantes, 3 não responderam aos questionários por dificuldades físicas/cognitivas e 1 precisou ausentar-se antes do término da sessão, totalizando 24 participantes que responderam aos questionários (Apêndice VII). Desses, 20 pessoas foram consideradas como que responderam adequadamente aos questionários, após realização da roda de conversa, 83,3% do percentual.

Quadro 9 - Avaliação do número de pessoas que respondem adequadamente às questões com o número de participantes na sessão.

Meta	Indicador	Avaliação
Esperado um percentual de 80% do público-alvo, presente nas sessões, a adquirir conhecimento sobre PD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que respondem adequadamente as questões sobre o tema em debate no final da sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão que responderam aos questionários}} \times 100$	$\frac{20}{24} \times 100\% = 83,3\%$ 83,3 % Atingida

Fonte: Elaboração própria.

Referente ao quadro 10, os que não chegaram a responder ao questionário de satisfação, por meio de escrita, foram questionados verbalmente, e todos afirmaram que estavam satisfeitos, que haviam gostado bastante do evento/método, agradecendo o momento.

Apenas 01 participante se ausentou antes do término da sessão de educação por questões de outro compromisso de horário, considerando-se um total de 27 participantes a responder sobre a avaliação da satisfação com o método/sessão realizada (Apêndice VIII).

Desses 27, 06 não participaram propriamente de uma roda, devido o ambiente escolhido não dispor, no momento, de estrutura física para que um formato de roda de pessoas de facto acontecesse. Um total, portanto, de 06 pessoas foram consideradas excluídas do questionário por não ter sido possível seguir os critérios desejados para uma roda, por ser um ambiente físico que terminou por não possibilitar o formato de roda de conversa, o que pode ter lembrado a forma tradicional de educação e gerado uma percepção errada do contexto proposto.

Quadro 10 – Avaliação do número de participantes que avaliaram satisfatoriamente a intervenção através da roda de conversa.

Meta	Indicador	Avaliação
Que pelo menos 75% do público-alvo da intervenção educativa através de roda de conversa avalie satisfatoriamente a sessão	$\frac{\text{Nº de participantes que avaliam satisfatoriamente}}{\text{Nº de participantes na sessão}} \times 100$	$\frac{21}{27} \times 100 \% = 77\%$ Porcentagem Atingida

Fonte: Elaboração própria.

Esse ocorrido favoreceu, de uma certa forma, a percepção de que a estrutura física para concretização de uma roda de conversa se faz realmente importante como, também, a sensibilidade do educador para detetar tais intervenientes e saber conduzir para que o proposto seja atingido.

Apesar desses participantes afirmarem estarem satisfeitos com o evento, que foi realizado em um auditório com cadeiras fixas, foi relatado pelos mesmos algum incômodo como a climatização e a preocupação com o horário para outras atividades. Questionamentos foram levantados sobre se alguma assistência seria prestada como teste de glicémia. Presença de participantes acima da faixa etária do público-alvo, apresentando algumas queixas durante o encontro como défice auditivo e de visão, cansaço dos MMII e presença de pessoas que diziam não serem diabéticas.

Foi o único grupo onde não foi seguido um formato fiel para a roda e que, com o avançar do horário, terminou por se adiantar as atividades propostas, o que pode ter gerado uma semelhança

com formato de educação tradicional, com a transmissão de informação apenas, gerando cansaço, apesar do esforço da coordenadora da atividade educativa fazer com que o objetivo fosse alcançado.

Isso vem a afirmar os resultados positivos de uma roda de conversa. Foi verificado que o simples formato de uma roda gera no utente um sentimento de ser importante no processo educativo e estimula sua participação de forma prazerosa e não obrigatória, envolvendo todos os presentes de forma calorosa, afetuosa.

Desta forma por tais pessoas não participarem de um contexto fiel de roda, foram consideradas como avaliação não satisfatória e terminaram por enriquecer o estudo por terem sido importante numa situação de comparação com os demais grupos que tiveram presentes em uma roda propriamente dita.

Objetivo 2 – Desenvolver proposta de criação de grupo de apoio para literacia em saúde a pessoas com diabetes no ACES

Segundo Lima *et al.* (2022), “Pacientes que recebem orientações dos profissionais de saúde e são estimulados a cuidar do pé diabético adquirem melhores hábitos de autocuidado” (p.5). Neste sentido, os quadros seguintes, 11 e 12, avaliam a disponibilidade para a continuidade do projeto pelas equipas das unidades funcionais de saúde participantes da intervenção.

Quadro 11 - Avaliação do número de unidades de saúde disponíveis à educação de utentes com diabetes e suas famílias de acordo com o número de instituições informadas.

Meta	Indicador	Avaliação
Que 80% das unidades de saúde se disponibilizem para realizar sessões de educação para a saúde para pessoas com diabetes e suas famílias	Nº de unidades de saúde que se disponibilizam para realizar sessões de educação para a saúde para pessoas com diabetes e suas famílias / Nº total de unidades de saúde envolvidas no projeto X 100	$\frac{06}{06} \times 100 \% = 100$ 100 % Percentagem Atingida

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 12 - Avaliação do número de unidades de saúde disponíveis à criação de grupos de pessoas com diabetes em LS de acordo com o número de instituições informadas.

Meta	Indicador	Avaliação
Que 80% das unidades de saúde se mostrem disponíveis para criação de grupos de promoção de literacia em saúde em diabetes	Nº de unidades de saúde disponíveis para criação de grupos de promoção de literacia em saúde em diabetes / Nº total de unidades de saúde envolvidas no projeto X 100	$\frac{06}{06} \times 100 \% = 100$ 100 % Percentagem Atingida

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao objetivo específico, previamente delineado, que envolve a atividade da criação de um dossier de sugestões de atividades para promoção da LS a grupos de pessoas com diabetes para prevenção de complicações da diabetes (Apêndice IX), tem-se a seguinte avaliação (Quadro 13):

Objetivo 3 - Criar dossier de sugestões de atividades para promoção da literacia em saúde de forma contínua a grupos de pessoas com diabetes para prevenção de complicações, a entregar às Unidades de Saúde do ACES.

Quadro 13 - Avaliação do número de unidades de saúde em adesão de acordo com o número de instituições informadas.

Meta	Indicador	Avaliação
Criar o dossier e entregar a todos os enfermeiros responsáveis das unidades de saúde que participaram do projeto	Dossier entregue a 100% das unidades de saúde envolvidas no projeto.	100% Percentagem Atingida

Fonte: Elaboração própria.

Concluimos que o objetivo principal do projeto foi alcançado ao promover à saúde na intenção de prevenir o PD, ao estimular o conhecimento às mudanças de hábitos para uma melhor qualidade de vida.

Outros elementos de avaliação fazem referência à eficiência e eficácia, considerando que é um processo contínuo (Imperatori & Giraldes, 1982). Relativamente à eficiência, a qual faz referência aos recursos utilizados, o projeto utilizou de recursos simples, de forma responsável e racional, sem muitos custos, alguns já das próprias instituições que os disponibilizavam e os demais cobertos pela mestrandia como meio de transporte, por exemplo, sendo alcançados os objetivos em todas as atividades que foram realizadas.

Apesar da disponibilidade apresentada pelos enfermeiros para a continuidade das intervenções sugeridas pelo projeto, houve o relato, da dificuldade vivida no momento atual com a quantidade reduzida de enfermeiros no quadro de pessoal das instituições.

Pode-se constatar que os utentes com diabetes se mostraram disponíveis ao conhecimento e empoderados com o método de educação por meio da roda de conversa. Observou-se que além de atentos às novidades e estimulados no processo crítico-reflexivo, sentem-se valorizados ao ter a oportunidade de expor o seu conhecimento, experiências adquiridas, seja através do que foi por ele próprio pesquisado como com o que foi adquirido através do seu contacto com outros profissionais e especialistas de saúde durante toda a sua vida.

Este projeto está relacionado exatamente com uma das práticas da ciência da enfermagem citadas por Orem, que é a do Sistema Educativo (apoio educativo), onde a pessoa é capaz de realizar o autocuidado totalmente, através da educação e supervisão dos enfermeiros.

O projeto corresponde aos aspetos do Apoio Educativo de Orem, pois fornece instrumentos para que o próprio indivíduo possa desenvolver o autocuidado livre de riscos e danos, sem crenças inapropriadas e sempre com o acompanhamento da enfermagem. Tem a necessidade de preparar o utente a ser independente e tornar a assistência de enfermagem mais eficaz.

Isso vem a diminuir o possível descontentamento que o utente venha a ter ao adoecer, por ter deixado de fazer algo em benefício de sua saúde por falta de conhecimento. Este projeto, através do que foi experienciado com os utentes e profissionais de saúde, conclui que a prevenção é o caminho, mas que para isso precisa munir os utentes com o conhecimento necessário para seu bem-estar e qualidade de vida.

Baseado nisto, a roda de conversa utilizada para as sessões educativas possibilitou contributos para LS com a motivação do utente para a adesão às medidas de autocuidado para prevenção do PD, ao perceber a doença de uma forma mais completa quer do que já foi vivido quer através das experiências relatadas pelo colega de grupo, num ambiente proporcionado pelo enfermeiro, e de todo o serviço e sistema de saúde. Com isso a roda de conversa contribui para a aquisição de conhecimentos em saúde através de uma técnica de baixo custo, simples e de fácil assimilação, sendo um importante instrumento de educação para Enfermagem na promoção da LS para a prevenção do PD.

9. OUTRAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Durante os estágios foi possível frequentar eventos e apoiar os encontros na comunidade como no Dia Mundial da Diabetes, em associação comunitária da freguesia do concelho, prestigiar também evento hospitalar sobre o controlo da diabetes junto com a população da localidade e estar presente em palestra de treinamento sobre tratamento em feridas das unidades funcionais de saúde.

A mestranda participou dos eventos para se familiarizar com as atividades em grupo. Tudo com o objetivo para um melhor planeamento do que seria incluído ou excluído para intervenção com pessoas com diabetes da região, ao tomar ciência do que já vinha sendo praticado pelos profissionais de saúde e do grau de participação da comunidade em eventos para prevenção de doenças e/ou de suas complicações.

Foi possível também acompanhar os profissionais enfermeiros das unidades funcionais de saúde do concelho nos cuidados de saúde nas suas funções de atividades diárias e perceber o tipo de atendimento em específico em relação ao atendimento à pessoa com diabetes.

Nas salas de tratamento relativamente ao tratamento de feridas dos utentes com diabetes foi criada a oportunidade de uma conversa informal e conhecer a causa e evolução de suas feridas, o autocuidado prestado pelo utente para cicatrização de sua ferida.

Foi possível, também, acompanhar um dia de consultas aos utentes com diabetes e observar o acolhimento, atendimento e os registos no processo do utente, além da oportunidade de poder realizar um dos exames clínico dos pés na presença da enfermeira da unidade funcional de saúde.

Também houve a oportunidade de conviver com outros tipos de atendimentos prestados pela UCSP como a avaliação de cartão de vacinas da criança e a administração das mesmas. Acompanhado uma consulta de teste do pezinho, sua realização e orientações para obtenção do resultado do exame.

Foi realizada visita a uma UCC para o conhecimento sobre suas atividades prestadas à comunidade, contributos de instituições da região, atribuições e como se dá o fluxo dos acompanhamentos domiciliares. Conversado, por exemplo, com profissional de enfermagem que faz um atendimento a um grupo de gestantes, orientações/cuidados. Também foi possível ouvir de outro enfermeiro da UCC sobre seu trabalho em projeto, “Bairros Saudáveis”, o qual faz a inclusão de população vulnerável, suprimindo as necessidades como a realização de cadastros para médico de família e encaminhando uma unidade móvel de um evento para a comunidade local.

Em USP foi possível observar o trabalho dos enfermeiros do local como do programa de tuberculose e da saúde escolar em nível central. Relativamente ao primeiro, foi percebido o fluxo de acompanhamento dos utentes com tuberculose e a conservação e dispensação dos tuberculostáticos. Já às atividades junto à escola foi possível acompanhar uma reunião com um responsável de um

agrupamento escolar da comunidade, em ambiente escolar, e conhecer sobre inclusão de projetos ligados à saúde como também a problemática que envolve a saúde do estudante e o contributo da escola na prevenção de acidentes/violências/controlo e prevenção de doenças com a intervenção dos profissionais de saúde. Foi possível também acompanhar a inserção de dados no sistema informático para consolidação de resultados do acompanhamento da saúde escolar.

Houve a possibilidade de um diálogo com um profissional médico da USP que relatou sobre a problemática das feridas no PD e as consequências observadas na assistência hospitalar, como a ocupação de leitos resultante do longo período de tratamento de antibioticoterapia.

Foi possível também conversar com outros profissionais de saúde como com os técnicos em saúde ambiental, inseridos no quadro de uma USP, e conhecer um pouco sobre suas atividades e as dos rececionistas que acolhem os utentes da região.

10. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Todas as unidades curriculares permitiram que o aluno desenvolvesse o seu senso crítico a partir do momento em que estimulava para que o mesmo se posicionasse durante as aulas, incluísse tópicos nos trabalhos desenvolvidos, com os registos das competências do EEECS, na área da disciplina como, também, respondesse a questionários sobre o que levar para sua prática enquanto especialista.

Quanto às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme a OE (2019), segundo as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p. 4745). Tudo se soma com a especialidade específica a que se dedica. Com tal leque de informação e resultados do que já experienciou poderá utilizar-se de julgamentos em sua assistência prestada, enquanto especialista, onde terá a capacidade de avaliar todo o processo e resultados de sua assistência de forma mais fácil e natural. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, incluem:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Considero ter adquirido estas competências, pois os conteúdos transmitidos e por mim absorvidos, proporcionado pelos educadores das unidades curriculares, possibilitaram-me a segurança para desenvolvê-las. Assim foi sendo sempre trabalhada a minha responsabilidade perante o código ético e deontológico da profissão. Minhas funções na Enfermagem, enquanto mestranda, foram desenvolvidas, pensando sempre numa assistência qualificada e em poder atingir com eficiência o bem-estar de uma comunidade, grupo ou indivíduo. Pude gerir, durante o estágio, os cuidados de saúde a grupos, contribuindo para promoção de LS para prevenção do PD. Aprendi como ocorrem os fluxos das atividades nas unidades funcionais de saúde em CSP, a dinâmica do atendimento de Enfermagem, consultas, educação em saúde, o trabalho em equipa e a relação multiprofissional, e a política de saúde nesse ambiente. Logo, o mestrado me permitiu uma postura segura e responsável de um Enfermeiro especialista e a perceber a importância de não simplesmente agir para prestação de um serviço à população, mas que essas ações estejam sempre sustentadas numa evidência científica e, por conseguinte, na valorização da profissão em Enfermagem.

Já quanto às **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**, o EEECSF utiliza de ferramentas a que lhe é fornecida como, por exemplo, o planeamento de saúde e através da etapa de diagnóstico do estado de saúde de uma comunidade, por exemplo, identifica os determinantes de saúde, define prioridades e elabora os objetivos, contribuindo com a aquisição e desenvolvimento do perfil de competências comuns e específicas do EEECSF. De acordo com o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (OE, 2018, p. 19354)

Uma das orientações intensificadas no mestrado é que de facto a formação dos enfermeiros deve estar sustentada no conhecimento científico para que o profissional possa administrar as complexidades e incertezas que venham a surgir, de uma forma segura e responsável, onde se espera que sejam capazes de inovar, trabalhar em equipa, num sentido crítico e reflexivo inerentes à prestação do serviço dos cuidados de enfermagem geral e, em específico, dos CSP.

O mestrado encoraja o enfermeiro a trabalhar sempre de forma planeada e científica, desenvolvendo um plano de atendimento não só individual, mas também para um grupo/família. “O planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considera-lo um processo de mudança social induzida” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.7).

O projeto, portanto, seguiu minuciosamente as orientações ao ser direcionado não só ao utente, mas também à sua família/comunidade, justamente por acreditar que a pessoa vive em sociedade e é influenciada por seu grupo em sua forma de agir e de se cuidar e, que muitas vezes, também, depende de seus cuidados. Na visão do EEECSF, a família é centro e parte importante no processo de cuidado, sendo necessário o seu apoio para o enfermeiro poder atuar de forma mais eficiente, pois, em algumas situações, é dependente da mesma para que seu plano seja seguido à risca de forma responsável e segura. Trata-se, portanto, de uma relação de respeito e confiança mútua.

Neste sentido, o EEECSF tem uma importante função perante à sociedade, que é a de orientar a uma melhor qualidade de vida através do direcionamento a um estilo de vida saudável, percebendo os fatores sociais que influenciam no processo saúde-doença e de alguma forma poder corrigir, quando necessário e possível, ao fazer as intervenções devidas através de sua assistência especializada.

Uma das formas de contribuição do EEECSF para o alcance da saúde, quer do indivíduo quer de um grupo, é através da promoção da LS. É necessário, nesse sentido, que ele adote estratégias para colocar as suas intervenções em prática e de forma efetiva, estabelecendo, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade/grupo, considerando a complexidade dos problemas de saúde e direcionando as suas intervenções para as necessidades/problemas identificados (OE, 2018).

A metodologia utilizada em todo o percurso do projeto bem como na elaboração deste relatório, e para garantir o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, foi a metodologia do planeamento em saúde, através da identificação criteriosa dos problemas e das intervenções adequadas dirigidas às necessidades (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1992).

Tendo em conta tudo o que foi exposto, conclui-se que as aptidões adquiridas por um EEECSF traz consigo a importância, não só de sua formação académica de sala de aula e práticas de estágio, mas de sua experiência de mundo, percebendo o indivíduo como parte integrante de uma sociedade onde vários são os determinantes que influenciam no seu estado de saúde.

Em relação às **Competências do Grau Académico de Mestre**

O grau de mestre é atribuído, segundo o Decreto de Lei nº63/2016 de 13 de setembro, a quem reúna as seguintes condições:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar

conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Diário da República, 2016, p.3174)

Considero assim que tanto o percurso realizado no ano curricular, tendo tido êxito em todas as unidades curriculares, como a participação nos estágios em contexto clínico, como a realização do diagnóstico de situação e implementação do projeto, assim como a escrita dos vários trabalhos exigidos ao longo do curso de Mestrado, nomeadamente de um artigo, permitiram claramente que estas competências fossem adquiridas e conseqüentemente desenvolvida uma perceção para uma melhor assistência à pessoa, família, grupo e comunidade, baseada em evidência científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório encerra o meu trabalho de estágio e o meu percurso no Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública vem contribuir com a necessidade de se ter um olhar para a saúde numa amplitude imensurável, pois através de uma comunidade contribui-se para, além de um indivíduo, seu núcleo familiar, grupos, comunidade e sociedade, e para o mundo. Desenvolvemos em Estágio um projeto com base na metodologia de planeamento em saúde. Com o planeamento em saúde, através do diagnóstico de saúde, da definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de projeto com a preparação da sua execução, através dos recursos mínimos, e a avaliação, é possível promover a saúde de uma determinada população. No entanto é preciso que se siga de forma fiel as orientações de cada etapa e, quando necessário, mesmo ao chegar em sua última fase, a avaliação, retornar às fases previamente descritas e fazer as correções atempadamente, se necessárias, para que tudo o que foi traçado, objetivos e estratégias, faça sentido e dê resposta às necessidades das pessoas.

O diagnóstico da situação de saúde é etapa importante para o planeamento de intervenção do EEECS. Nesta fase, trabalha-se para um maior conhecimento dos problemas de saúde de uma determinada área geográfica para poder desenvolver um método seguro de identificação dos problemas. O EEECS é um profissional capaz de avaliar os problemas de saúde que atingem uma comunidade, grupo de pessoas, e perceber as carências para uma intervenção que proporcione qualidade de vida e bem-estar da pessoa/grupo/comunidade.

O nosso trabalho iniciou-se com o conhecimento da região, área onde se iria atuar, das unidades funcionais de saúde com assistência em cuidados de saúde primários como também da hospitalar existentes, o perfil da população, escolas, trabalho, instituições de apoio, tudo que diz respeito e influencia na saúde da população. Os dados coletados, informações, ocorreram todos de forma ética, moral, respeitosa e com a valorização do sigilo. Houve também a participação em eventos, para se inteirar da cultura e trabalho na comunidade, realizados pelos profissionais envolvidos na promoção da saúde à pessoa com diabetes. Assim o nosso diagnóstico permitiu-nos identificar a necessidade de desenvolver um projeto na área da diabetes, trabalhamos com pessoas com diabetes que tinham feridas nos pés, as quais trabalharam, em conjunto com a mestranda, para a construção de seu conhecimento para promoção da LS no sentido da prevenção do “pé diabético”.

No projeto realizámos um estudo que nos permitiu identificar junto das pessoas com diabetes e feridas nos pés as suas maiores dificuldades ao nível de conhecimentos sobre a doença e suas complicações, estudo que será útil para a intervenção dos enfermeiros do ACES nesta área. O estudo

gera um alerta para as práticas de cuidados que estão sendo realizadas pelos utentes de forma incorreta. Pode-se perceber com o estudo, que os utentes precisam de segurança para realizar as medidas de cuidados e que, mesmo não a tendo, praticam ações inseguras na intenção de facilitar sua vida e tempo para as atividades diárias, mas na verdade estão a prolongar uma terapêutica que poderia ter mais resultado se fosse resolvida de forma eficiente e atempadamente.

Realizámos sessões de educação para a saúde utilizando a roda de conversa, uma dinâmica utilizada através do modelo educativo “círculo de cultura” de Paulo Freire que foi bem aceite pelo público-alvo da intervenção. As pessoas que participaram agradeceram imenso e se sentiram importantes com o espaço dado à sua fala. É uma técnica simples que, não necessita de muitos recursos, e permite se chegar o mais próximo do conhecimento da pessoa, utilizando-se de uma linguagem também simples, para que o utente possa perceber e praticar a sua gestão/plano de cuidado juntamente com o enfermeiro.

Compreendeu-se também o quanto a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem está relacionada com o projeto, com o tema de estudo em contexto, que foi base estruturante para a nossa argumentação e intervenção.

Podemos dizer, com todo o contexto explanado, que este projeto seguiu as recomendações do Plano de LS, pois gera impacto com sua intervenção e potencializa a promoção em saúde a partir da mesma. Esperamos que este projeto possibilite um desenvolvimento futuro para outras análises interrelacionadas e que contribua para o sucesso das equipas no atendimento às necessidades da população, e dos serviços de saúde, através de sua proposta de prevenção de autocuidado mais seguro e responsável. O projeto foi de uma grande valia para o esclarecimento das dúvidas dos utentes. Nem tudo que é transmitido em uma atividade educativa é absorvido, pois, por mais atenção que tenhamos, sempre deixamos de assimilar algo. É, portanto, de suma importância que a formação e educação em saúde sejam contínuas.

Quanto às limitações do nosso projeto, uma é relativa à questão de os utentes com diabetes corresponderem a uma faixa etária ativa, em atividades laborais, e que, portanto, não haveria a disponibilidade de uma parte considerável para a intervenção. Além disso, a intervenção por roda de conversa, desenvolvida pela mestrandia, teve um grande desafio de ser realizada em todas unidades de saúde de CSP de um Concelho da AML, não existindo, portanto, espaço de tempo necessário para que houvesse uma roda subsequente a cada grupo, sendo esperado a continuidade do projeto realizada pelos enfermeiros das instituições. Um constrangimento foi o período para a autorização da Comissão de Ética, que condicionou todo o projeto limitando a sua execução no tempo previsto.

Uma última reflexão prende-se com o facto de termos tido consciência de que é reconhecido que até pode ser necessário um trabalho em prevenção, mas que este muitas vezes não é posto em

prática por se considerar outras prioridades. Urge, portanto, atividades, técnicas educativas com evidências científicas, que possibilitem chegar de forma mais fácil às pessoas com baixa escolaridade, pois foi comprovado com a pesquisa que tal determinante dificulta a assimilação da informação. Desta forma, políticas públicas devem ser trabalhadas para o alcance de uma melhor saúde para o bem da população. Os CSP devem ser mais valorizados e discutidos em estudos para seu crescimento e percepção da população para a sua procura com o conhecimento de seu fluxo de atendimento através do aumento do nível de LS da população. Importa por isso que projetos como este tenham continuidade e se continue a investir na investigação e promoção da Literacia em Saúde.

No final posso afirmar que os estágios realizados contribuíram, e muito, para o meu crescimento enquanto enfermeira ao aumentar o “leque de conhecimento” e a aquisição de competências em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. (2019). Standards of Medical Care in Diabetes—2019. Abridged for Primary Care Providers. *Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association*, 37(1), 11-34. <https://doi.org/10.2337/cd18-0105>
- Associação Protectora do Diabéticos de Portugal. (2015, Nov 23). *Cuide dos pés. Para as pessoas com diabetes é muito importante cuidar dos pés*. <https://apdp.pt/material-educacional/cuide-dos-pes/>
- Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.
- CMB. (2014). *Guia de Recursos Sociais do Concelho*. https://www.cm-barreiro.pt/cmbarreiro/uploads/writer_file/document/294/guiarecursosociais.pdf
- CMB. (s.d. a). *Caracterização do Concelho*. Consultado a 22 de maio de 2022. <https://www.cm-barreiro.pt/conhecer/caracterizacao-do-concelho>
- CMB (s.d. b). *Rede balcões informativos e de encaminhamento social*. Consultado a 22 de junho de 2022. <https://www.cm-barreiro.pt/viver/intervencao-social/rede-balcoes-informativos-e-de-encaminhamento-social>
- CRIVA. (s.d.). *História*. Consultado a 22 de junho de 2022. <https://criva.pt/web/historia/>
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo. (2019, Abr 04). *A região*. Atualizado em 13 de dezembro de 2020. <http://www.ccdr-lvt.pt/pt/a-regiao/10568.htm>
- Coutinho, S. A. N. (2022). Literacia em Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Guarda]. Repositório do IPGuarda. <https://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/6193>
- Davies, M.J., D'Alessio, D.A., Fradkin, J., Kerman, W. N., Mathieu, C., Mingrone, G., Rossing, P., Tsapas, A., Wexler, D. J. & Buse, J. B. (2018). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the american diabetes association (ADA) and the european association for the study of diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 41(12), 2669-2701. <http://doi.org/10.2337/dci18-0033>
- Decreto-lei nº 63/2016 da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Diário da República: I Série, n.º 176/16. p. 3174. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Dias, E. S. M., Rodrigues, I. L. A., Miranda, H. R., & Corrêa, J. A. (2018). Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(2), 379-384. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.379-384>

- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Diabetes*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=%3d%3dWAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAA>
A
- Direção-Geral de Saúde. (2019). *Plano de ação para literacia em saúde. Portugal 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde sustentável de tod@s para tod@s. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (s.d.). *Programa Nacional para a Diabetes*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>
- Dores, J. M. I. D. (2021). *Promoção de estilos de vida saudáveis: uma intervenção comunitária em pessoas com risco de Diabetes Tipo 2* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja].
Repositório do IPBeja.
<https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5450/1/JOSÉ%2BDORESPDFA.pdf>
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido*. Paz e Terra.
http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf
- Geneall. (s.d.). *Freguesias*. Consultado a 23 de maio de 2022.
<https://geneall.net/pt/mapa/238/barreiro/>
- Giro HC - Associação de Pessoas com Pré-diabetes – Portugal. (s.d.). Girohc.pt.
<https://www.girohc.pt/complicacoes/>
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2019). *Health promotion: Planning e strategies*. Sages.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Obras avulsas.
- Instituto de Administração da Saúde. Madeira- Portugal (IASAÚDE, IP -RAM). (s.d.) A promoção da Saúde. A Carta de Ottawa. https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Instituto Nacional de Estatísticas. Portugal. (2021). *Censos 2021. Resultados provisórios*. Consultado a 24 de junho de 2022. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Instituto Nacional de Estatísticas. Portugal. (2022). *Estatísticas da Saúde 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpubboui=436989156&PUBLICACOESmodo=2

- Lima, L. J. L. D., Lopes, M. R., Filho, C. A. D. L. B., & Cecon, R. S. (2022). Avaliação do autocuidado com os pés entre pacientes portadores de diabetes melito. *Jornal Vascular Brasileiro*, 21: e20210011. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.210011>
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2018). *Promover a saúde: Dos fundamentos à ação*. Almeida. <https://books.google.pt/books?id=GkGHDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>
- Matos, V. P., & Cruz, I. (2020). Prática de enfermagem baseada em evidência sobre cicatrização de feridas por segunda intenção - Revisão Sistematizada da Literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, 12(1). <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=7&sid=f5d8b4d5-0723-46a6-bade-aff7dfbcabf3%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwlHNoaWlmbGFuZz1wdC1wdCZzaXRIPWVWkcy1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=142753734&db=edb>
- Mekonen, E. G., & Demssie, T. G. (2022). Preventive foot self-care practice and associated factors among diabetic patients attending the university of Gondar comprehensive specialized referral hospital, Northwest Ethiopia, 2021. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01044-0>
- Ministério da Saúde, Portugal. (2017). *Perfil local de saúde 2017. ACES Arco Ribeirinho. Morbilidade - Registo nos cuidados de saúde primários*. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/PeLS2017_Arco_Ribeirinho.pdf
- Moreira, L. A. B., Dias, D. D. S., Freitas, M. G. D., Alves, Á. K. P., & Fernandes, P. K. R. D. S. (2018). A utilização da teoria do autocuidado na assistência a gestante portadora de HIV. *Conexão Fametro 2018: Criatividade e Inovação. XIV Semana acadêmica*. <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-eac30280b3f07cca66521901cf0be260e77f3961-arquivo.pdf>
- Negash, W., Assefa, T., Sahiledengle, B., Tahir, A., Regassa, Z., Feleke, Z., Regasa, T., Tekalegn, Y., Mamo, A., Teferu, Z., Solomon, D., Gezahegn, H., Bekele, K., Zenbaba, D., Tasew, A., Desta, F., Atlaw, D., & Wilfong, T. (2022). Prevalences of diabetic foot ulcer and foot self-care practice, and associated factors in adult patients with diabetes in south-east Ethiopia. *Journal of International Medical Research*, 50(10). <https://doi.org/10.1177/03000605221129028>
- Oliveira, M. R. P. D., Lima, L. J. Q. D., Dutra, C. R. S., Santos, M. E. D., Silva, M. E. S., Silva, E. P., & Oliveira, D. A. L. (2021). Ações de enfermagem na atenção ao portador de feridas na atenção básica

- em saúde. *Nursing*, 24(275), 5544_5555-5544_5555.
https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5544_5555
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2011). Diário da República, 2.ª série, nº 35 (18 Fev/2011). <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0866708669.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, nº 118 (19 jun/2015). <https://files.dre.pt/2s/2015/06/118000000/1648116486.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nº 428/2018. Diário da República, 2.ª série, nº 135 (16 jul/2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, n.º 26/19, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD/European Union. (2020). Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). Promoção da saúde: Guia para implementação nacional da Declaração de Xangai. https://www.ufpe.br/documents/39050/632567/Promoc_a~o+da+sau'de+-ODS+Guia+OPAS.pdf/7da634b1-d269-4b46-9564-9ebc1aaed76f
- Orosco, S. S., Guimarães, N. O., Perbelini, A. G. O., Lima, J. V. H., Neves, M. L., Santana, R. S., & Silva, T. C. M. F. (2019). Caracterização dos pacientes com pé diabético submetidos à amputação de membros inferiores em um hospital público. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research–BJSCR*, 27(2), 25-31. <https://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Paes, R. G., Mantovani, M. D. F., Costa, M. C., Pereira, A. C. L., Kalinke, L. P., & Moreira, R. C. (2022 a.). Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e no conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313pt>
- Paes, R. G., Mantovani, M. D. F., Silva, A. T. M. D., Boller, C., Nazário, S. D. S., & Cruz, E. D. D. A. (2022 b.). Letramento em saúde, conhecimento da doença e risco para pé diabético em adultos:

- estudo transversal. *Revista Baiana de Enfermagem*. 36, e45868. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45868>
- Pereira, M. C. A., & Barros, J. P. P. (2015). Públicos masculinos na estratégia de saúde da família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. *Psicologia & Sociedade*. 27. 587-598. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p587>
- Plano Local de Saúde. (2018). *Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho – Extensão 2020*. <http://www.plsar.pt/docs/plsar-extensao-2020.pdf>
- Ploderer, B., Brown, R., Seng, L. S. D., Lazzarini, P. A., & Netten, J. J. (2018). Promoting self-care of diabetic foot ulcers through a mobile phone app: user-centered design and evaluation. *JMIR diabetes*, 3(4), e10105. <https://doi.org/10.2196/10105>
- Pontes, A. M., Paiva, B. R., Carvalho, B. D. R., Rocha, G. A., Filho, E. D. S. P., Amorim, C. F., & Alves, K. K. A. F. (2021). Educação em saúde para prevenção do pé diabético: relato de experiência. *Journal of Nursing and Health*, 11(4). <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/18801/13586>
- PORDATA. (2020). Óbito por algumas causas de morte em % do total de óbitos. <https://www.pordata.pt/europa/obitos+por+algumas+causas+de+morte+em+percentagem+do+total+de+obitos-2484>
- PORDATA. (2021). *Conheça o seu município*. Consultado a 03 de março de 2023. <https://www.pordata.pt/Municipios>
- PORDATA. (2022). *Óbitos por algumas causas de morte (%)*. Consultado a 03 de março de 2023. <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>
- PORDATA. (2023). *Óbitos por algumas causas de morte (%)*. Consultado a 02 de março de 2023. [https://www.pordata.pt/portugal/obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758-235711](https://www.pordata.pt/portugal/obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758-235711)
- Pourkazemi, A., Ghanbari, A., Khojamli, M., Balo, H., Hemmati, H., Jafaryparvar, Z., & Motamed, B. (2020). Diabetic foot care: knowledge and practice. *BMC endocrine disorders*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12902-020-0512-y>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S. & Filho, A. J. D. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(3) 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Reis, F. L. D. (2022). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos. Guia Prático*. (2 ed.). Sílabo.
- Ribeiro, D. F. D. S. (2019). Gestão do cuidado a usuários com feridas crônicas na Atenção Básica. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 90(28). <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.503>

- Salameh, B. S., Abdallah, J., & Naerat, E. O. (2020). Case-control study of risk factors and self-care behaviors of foot ulceration in diabetic patients attending primary healthcare services in palestine. *Journal of Diabetes Research*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/7624267>
- Santos, A. T. F., Silva, E. T. D., Larré, M. C., Inagaki, A. D. M., Silva, J. R. S. & Abud, A. C. F. (2019). Prevalência de diabetes mellitus tipo 2 em subpopulação do estado de Sergipe. *Enfermagem em Foco*. 10 (1). 65-70. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1348>
- Silva, R. C. L. D., Figueiredo, N. M. A. D. & Meireles, I. B. (2007). *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. Yendis.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2019). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. Clannad. <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2020). *Manual de cuidados com os pés para pessoas com diabetes 2020-2021*. Departamento de Doenças dos Pés e Neuropatias. 2021. Consultado a 31 de Jan de 2023. Disponível em: <https://diabetes.org.br/e-books-publico/>
- Souza, I. C. D., Costa, J. D. S., Alencar, M. M. S. D. C., Monteiro, P. G. A., Aquino, P. D. S., & Castro, R. C. M. B. (2021). Construção e avaliação de álbum seriado para prevenção de complicações dos pés em diabéticos. *Rev Rene*. <http://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261427>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde*. Cadernos de Formação nº 2. (2 ed). Ministério da Saúde.
- Trivellato, M. L. D. M., Kolchraiber, F. C., Frederico, G. A., Morales, D. C. A. M., Silva, A. C. M., & Gamba, M. A. (2018). Práticas avançadas no cuidado integral de enfermagem a pessoas com úlceras cutâneas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(6), 600-608. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800083>
- Tsai, M. C., Chuang, H. L., Huang, C. Y., Lee, S. H., Liao, W. C., Lee, M. C., & Kuo, C. P. (2021). Exploring the relationship of health beliefs and self-care behaviors related to diabetic foot ulcers of type II diabetes mellitus patients: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7207. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137207>
- USP. (2018). *Plano de atividades 2018-2020 e extensão 2021*. https://www.uspas.pt/docs/plano-atividades_2018-2020.pdf
- USP. (s.d.). *Missão e valores*. <https://www.uspas.pt/a-uspas/>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. Sílabo.

World Health Organization. (2022). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases. Case studies from WHO National Health Literacy Demonstration Projects. 4. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>

World Health Organization. (s.d.). Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20ottawa_charter.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista com Profissionais de Saúde do ACES

GUIÃO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ACES

- 1. Tendo em consideração o Plano Local de Saúde e o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, que problema / necessidade de saúde considera ser prioritário para um projeto de intervenção no ACES, no âmbito do meu Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Mestrado em Enfermagem?**
- 2. Qual /quais as razões por que considera esse problema prioritário?**

APÊNDICE II – Análise da Entrevista aos Profissionais de Saúde do ACES

ANÁLISE DA ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ACES

CATEGORIA	Subcategorias
PROBLEMAS CONSIDERADOS PRIORITÁRIOS	Diabetes
	Tratamento de feridas
MOTIVOS PARA A PRIORIZAÇÃO	“Pé diabético”
	Amputações dos membros inferiores
	Internamento hospitalar por um longo período
	Custos económicos

APÊNDICE III - Roteiro de Entrevista para o Utente

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
VI MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Roteiro de entrevista para o utente diabético com ferida do(s) pé(s) acompanhado em sala de tratamento nas USF e
UCSP do concelho - ACES, ARSLVT

I – Caracterização do entrevistado (a)

Grupo Etário: 45 - 49 – ☐ 50 -54 – ☐ 55 - 59 – ☐ 60 – 64 – ☐
65 – 69 – ☐ 70 – 74 – ☐

Grau de escolaridade:

Nenhum - ☐ 1º ciclo do Ensino Básico - ☐ 2º ciclo do Ensino Básico - ☐
3º ciclo do ensino básico – ☐ Ensino Secundário - ☐ Ensino Superior- ☐

Sexo: _____

Estado civil: _____

Tabagismo: () sim () não

Consumo de Álcool: () sim () não

FERIDAS

Fale-me sobre como evoluiu a sua ferida.

Já teve outras feridas nos membros inferiores?

As feridas foram tratadas onde?

Tipo de calçado que utiliza habitualmente? _____

II - Conhecimento sobre Diabetes Mellitus

O que é para si a diabetes?

Como controla a sua diabetes? _____

Que cuidados costuma ter com a alimentação?

Tem dificuldades com a medicação? Se sim, quais?

III- Conhecimentos sobre feridas do pé

O que acredita que possa ajudar a melhorar em seu tratamento de ferida (s) do (s) pé (s)?

Existe algo que acredita que poderia ter feito para evitar o aparecimento da (s) ferida (s) do (s) pé (s)?

O que acha que deve fazer para evitar as feridas do pé?

IV- Conhecimento sobre tratamento de feridas do pé

Sabe como realizar o tratamento da ferida? Se sim, descreva.

Alguma vez tentou resolver, por si mesmo, algum problema que tenha surgido no pé? Se sim como?

Promover a literacia em saúde para prevenir o “pé diabético”: “Prevenir é o melhor remédio”

Sabe quais foram os tipos de pensos/produtos que já se utilizaram no tratamento da (s) sua (s) ferida(s)? Se sim, descreva.

Alguém realiza o tratamento da sua ferida além do enfermeiro? _____. Se sim, quem?

Alguma vez retira o penso antes do tempo indicado pelo enfermeiro? Se sim, quais os motivos?

V- Outras informações

Por causa da sua ferida já foi encaminhado para algum outro profissional de saúde ou para o hospital? Se sim, especifique.

Acredita que a informação/educação sobre as complicações da diabetes ajuda a prevenir as feridas?

APÊNDICE IV – Cronograma de Atividades

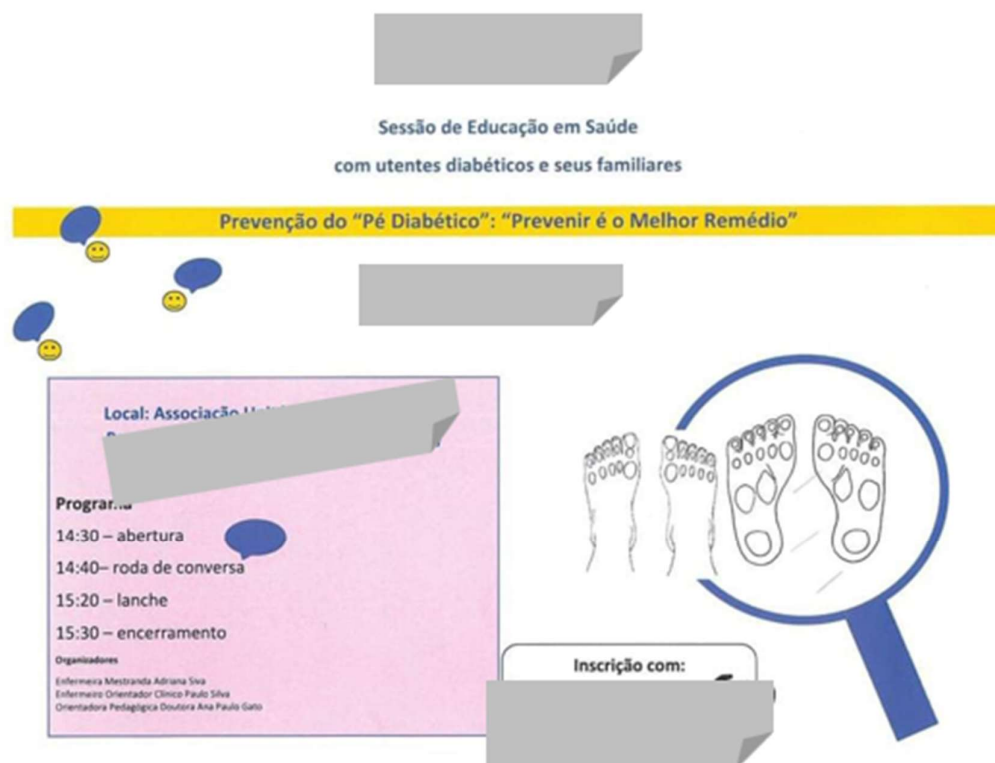
Promover a literacia em saúde para prevenir o “pé diabético”: “prevenir é o melhor remédio”

Ano	Ano 2022																				Ano 2023			
Meses	Mai		Junh				Set			Out				Nov				Dez			Jan			
Semanas	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Pedido de dados estatísticos às unidades funcionais de saúde em CSP e à gestão de informação do ACES																								
Pedido formal de autorização do projeto ao ACES, Concelho Clínico e às Unidades de Saúde de CSP, respetivamente.																								
Pedido formal de autorização do projeto à USP, onde realizou-se o estágio I e o final																								
Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT para concretização do projeto																								
Envio de e-mails aos coordenadores de enfermagem das unidades funcionais de saúde para comunicação dos dias de presença da estudante nas instituições																								
Presença da estudante às unidades de saúde para acompanhar o trabalho/atendimentos de Enfermagem (sala de tratamento e consultas a pessoas com diabetes), finalizando período com a aplicação dos roteiros de entrevista																								
Planeamento das Sessões de Educação em Saúde																								
Elaboração de cartazes e notícia para página de Facebook para divulgação das sessões																								
Execução das Sessões de Educação																								
Elaboração do dossier																								
Solicitação de agendamento e envio da agenda de reunião aos enfermeiros responsáveis para a apresentação dos resultados																								
Reunião com os responsáveis das equipas de enfermagem das Unidades de Saúde para apresentação de resultados, discussão dos mesmos, e entrega de Dossier																								
Apresentação de proposta de criação de grupo de apoio para literacia em saúde a pessoas com diabetes no ACES e de sessões de educação com a participação de familiares																								

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE V - Cartaz de Divulgação

Promover a literacia em saúde para prevenir o “pé diabético”: “prevenir é o melhor remédio”



Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE VI – Sessão de Educação para a Saúde

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Prevenção do “Pé Diabético”: “Prevenir é o Melhor Remédio”

Objetivo Geral: Contribuir para a promoção de Literacia em Saúde do utente diabético sobre a prevenção do “Pé Diabético”

Etapas da SES	Objetivos	Conteúdos	Estratégias/Atividades	Recursos	Tempo
Introdução Apresentação	Apresentar o tema e os objetivos da sessão Realizar quebra-gelo	Apresentação do tema e dos objetivos da sessão: Prevenção do Pé Diabético: “Prevenir é o Melhor Remédio” Pedir aos participantes para mencionarem um objeto ou alimento que associem à diabetes	Divulgação da Intervenção comunitária – partilhando a importância da execução do projeto através da exposição oral	Data show Mestranda	05 minutos
Avaliação do conhecimento pré-existente	Conhecer as necessidades de orientação	Avaliação do conhecimento dos participantes sobre Diabetes Mellitus (DM); Complicações da DM; “Pé Diabético” (PD); Controlo; Prevenção do PD; Cuidado responsável.	Aplicação de questionário com perguntas fechadas	Folhas A4 Canetas	05 minutos
Exposição Teórica	Expor o assunto	Diabetes Mellitus (DM); Complicações da DM; “Pé Diabético” (PD); Controlo; Prevenção do PD; Cuidado responsável.	Exposição oral	Data show Mestranda	15 minutos
Desenvolvimento da atividade	Partilhar conhecimentos e experiências	Partilha entre a dinamizadora e os participantes sobre Diabetes Mellitus (DM); Complicações da DM; “Pé Diabético” (PD); Controlo; Prevenção do PD; Cuidado responsável.	Partilha de experiências e conhecimentos – roda de conversa	Roda de conversa coordenada pela Mestranda com a partilha dos presentes	20 minutos
Avaliação pós-atividade e da SES	Avaliar as aprendizagens	Síntese dos conteúdos; Questões aos participantes.	Avaliação do conhecimento adquirido pós-atividade através de respostas a questionários com perguntas fechadas	Folhas A4 Canetas	05 minutos

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE VII – Questionário de Avaliação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Registar (entre parênteses) com um V as frases verdadeiras e F as frases falsas

1. O que é Diabetes?

- Distúrbio de absorção de açúcar ()
- Distúrbio de absorção do sal ()
- Distúrbio de absorção quer de açúcar quer de sal ()

2. Quais são as complicações da Diabetes?

- Lesão dos vasos sanguíneos ()
- Pé diabético ()
- Infecções ()

3. Controlo da Diabetes para evitar as complicações:

- Teste de glicémia ()
- Dieta ()
- Medicação ()

4. Quais são as prevenções do “Pé Diabético”?

- Secar bem os pés, menos entre os dedos ()
- Observar os pés, 1 vez na semana, para certificar-se da inexistência de feridas ()
- Pode usar qualquer calçado, o importante é ser confortável ()

5. Os calçados devem respeitar alguns requisitos:

- Se usar tacão, deve ultrapassar os 2 a 4 cm ()
- A parte do calcanhar deve ser firme e o dorso baixo ()
- Ao caminhar, o pé deve deslizar dentro do sapato e ter alguma pressão ()

APÊNDICE VIII – Questionário de Avaliação da Satisfação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

Assinale (com X entre parênteses) a sua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

1. Está satisfeito/a com os conteúdos apresentados na sessão, relativamente às informações fornecidas?

☐ Satisfeito/a

☐ Indiferente

☐ Insatisfeito/a

2. Está satisfeito/a em relação a experiência partilhada na roda de conversa?

☐ Satisfeito/a

☐ Indiferente

☐ Insatisfeito/a

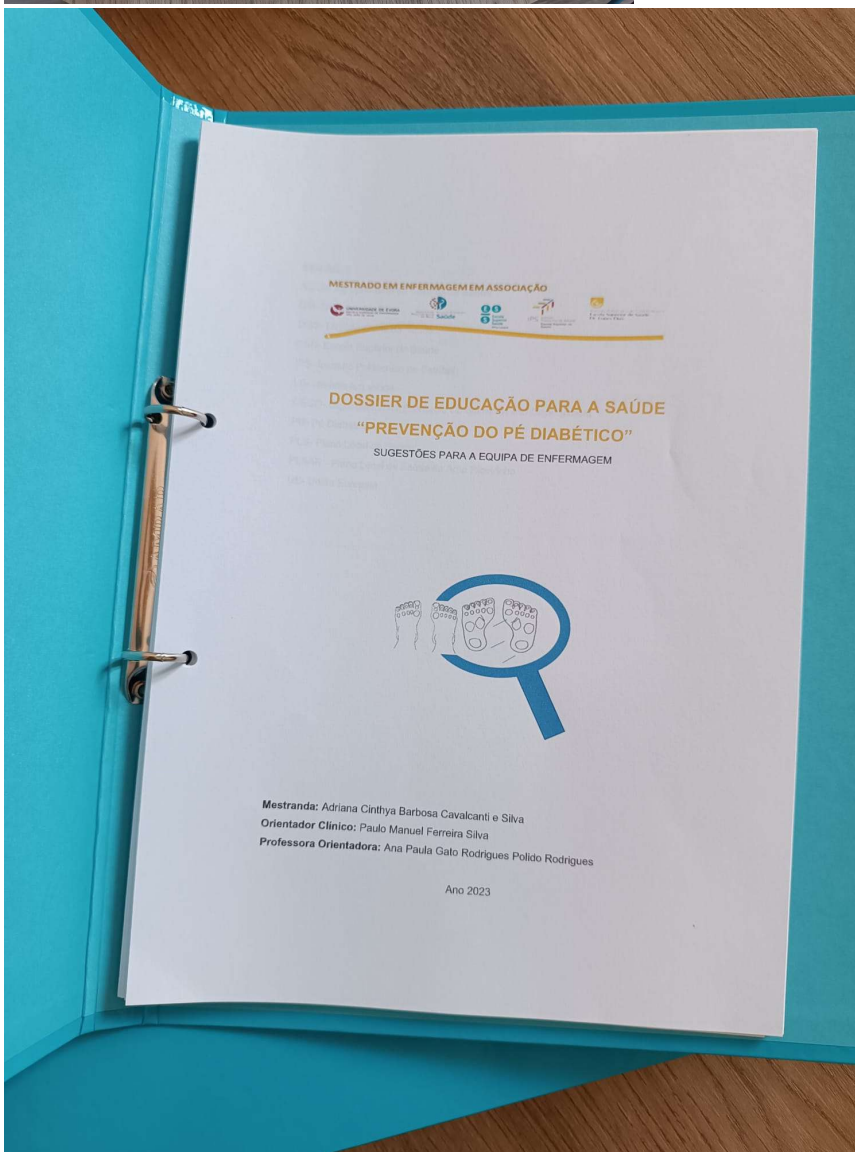
3. Está satisfeito/a em relação o método de aula desenvolvido através da roda de conversa?

☐ Satisfeito/a

☐ Indiferente

☐ Insatisfeito/a

APÊNDICE IX – Dossier de Sugestões de Atividades



ANEXOS

ANEXO I - Declaração da Comissão de Ética para a Saúde da ARLSVT



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora
Dr.ª Adriana Cinthya
adriana.cinthyabc@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		2432/CES/2023	

Assunto: Promover a literacia em saúde para prevenir o “Pé Diabético”: Prevenir é o Melhor Remédio.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 14.04.2023 e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

ANEXO II - Lista de Grupos de Trabalho – Enfermagem – 2022 do ACES

LISTA DE GRUPOS DE TRABALHO – ENFERMAGEM – 2022	
Grupos	Constituição Enfermeiros
Parametrização S.CLINIC	Prioridade nº 1
Saúde Materna	
Saúde Infantil	
Planeamento Familiar	
Tratamento de Feridas	
Saúde de Adulto	
Vacinação	
Saúde do Idoso	
Saúde Mental	
UCC	
USP	
Tratamentos de Feridas	Prioridade nº 2
Tratamento de Feridas e Terapia Compressiva	
Formação	
Formação	Prioridade nº 3

LISTA DE GRUPOS DE TRABALHO – ENFERMAGEM – 2022	
Objetivos SIADAP	Prioridade nº 4
Objetivos SIADAP 2023-2024	
Diabetes	Prioridade nº 5
UCF	Natércia Ramos
Diabetes	
Saúde Mental	Prioridade nº 6
Saúde Mental	
Cuidados Paliativos	Prioridade nº 7
Cuidados Paliativos	
DPOC – Luta Tuberculose	Prioridade nº 8
DPOC – Luta Tuberculose	
Saúde Infantil	Prioridade nº 9
UCF (representantes)	
Saúde Infantil	

Saúde Materna	Prioridade nº 10
UCF (representantes)	
Saúde Materna	

Fonte: Adaptado do ACES / 2022. Reproduzido com permissão.

ANEXO III – Roda de Conversa



Fonte: Adaptado de Unidade Funcional de Saúde de CSP / 2023. Reproduzido com permissão.