



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

(Con)viver Melhor com a Diabetes: Promoção do Autocuidado da pessoa com diabetes

Mónica Sofia Castelhana Nunes Miranda

Orientação: Isaura Serra, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde; Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

(Con)viver Melhor com a Diabetes: Promoção do Autocuidado da pessoa com diabetes

Mónica Sofia Castelhana Nunes Miranda

Orientação: Isaura Serra, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde; Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

(Con)viver Melhor com a Diabetes: Promoção do Autocuidado da pessoa com diabetes

Mónica Sofia Castelhana Nunes Miranda

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

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Arguente: Mário José de Oliveira Martins (Doutorado em Ciências da Saúde)

Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Orientador: Isaura da Conceição Cascalho Serra (Especialista em Enfermagem, Decreto-Lei n.º 206 de 2009, de 31 agosto)

Data: 24 de julho de 2020

Pensamento

“Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se
está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em
caso contrário, abstém-te de o ajudar.”
Sócrates

Dedicatória

Dedico este trabalho, a todos aqueles que me ajudaram a persistir, para concretizar o que parecia nalguns momentos inexequível.

Agradecimentos

À Professora Isaura Serra, pelo percurso formativo que me proporcionou, com o seu apoio, orientação, sapiência, estímulo, disponibilidade, permitindo o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha Enfermeira Orientadora, Especialista em Enfermagem Comunitária, pela orientação, motivação, apoio e disponibilidade durante este percurso.

Aos profissionais do Centro de Saúde, que me acolheram e colaboraram na concretização deste percurso.

À Maria Luísa, ao Carlos e aos meus Pais, por terem estado comigo quando e onde eu não estive.

Aos amigos pelo apoio demonstrado.

Aos meus colegas, Ana Gonçalves, Luís Anacleto e Sofia Matias, pela paciência, disponibilidade, partilha de saberes e termos chegado ao fim e continuado amigos.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram e apoiaram para a realização deste trabalho.

A todos, o meu Obrigada!

Resumo

Introdução: A diabetes é uma problemática quer a nível mundial quer nacional, nesse sentido desenvolvemos um projeto de intervenção comunitária, que visa a promoção do autocuidado para restabelecer a funcionalidade do dia-a-dia, mantendo um elevado nível de satisfação cognitivo, físico e social. Devemos efetuar uma abordagem multidimensional dos problemas do indivíduo de modo a melhorar/capacitar a sua capacidade funcional, perante determinada necessidade. **Objetivo:** Promoção do autocuidado da pessoa com a diabetes tipo 2. **Método:** Utilizamos a metodologia do planeamento em saúde. Tendo sido aplicado uma escala de autocuidado aos utentes com diabetes e realizadas sessões de educação para a saúde. **Resultados:** Verificamos défice de autocuidado na alimentação e no exercício físico. Posteriormente às sessões de educação para a saúde constatamos pela reaplicação da escala que foi possível contribuir para a capacitação e promoção do autocuidado. **Conclusão:** A capacitação da pessoa sob a forma de educação para a saúde é uma das estratégias mais eficaz.

Palavras-chave: Autocuidado, Diabetes, Promoção.

Abstract

Introduction: Diabetes is a problem both globally and nationally. In this sense, we have developed a community intervention project, which aims to promote self-care to restore day-to-day functionality, maintaining a high level of cognitive, physical and Social. We must perform a multidimensional approach to the individual's problems in order to improve / enable his / her functional capacity, in face of a determined need. **Objective:** Promotion of self-care for people with type 2 diabetes. **Method:** We use the methodology of health planning. A self-care scale was applied to users with diabetes and health education sessions were held. **Results:** We found a deficit in self-care in food and exercise. Subsequent to the health education sessions, we verified by re-applying the scale that it was possible to contribute to the training and promotion of self-care. **Conclusion:** Training people in the form of health education is one of the most effective strategies.

Keywords: Self Care, Diabetes, Promotion

Resumen

Introducción: la diabetes es un problema tanto a nivel mundial como nacional. En este sentido, hemos desarrollado un proyecto de intervención comunitaria, cuyo objetivo es promover el autocuidado para restaurar la funcionalidad diaria, manteniendo un alto nivel de conocimiento cognitivo, físico y Social. Debemos realizar un enfoque multidimensional de los problemas del individuo para mejorar / habilitar su capacidad funcional, ante una determinada necesidad. **Objetivo:** Promoción del autocuidado para personas con diabetes tipo 2. **Método:** Utilizamos la metodología de planificación de la salud. Se aplicó una escala de autocuidado a los usuarios con diabetes y se realizaron sesiones de educación sanitaria. **Resultados:** encontramos un déficit en el autocuidado en alimentos y ejercicio. Después de las sesiones de educación para la salud, verificamos, al volver a aplicar la escala, que era posible contribuir a la capacitación y promoción del autocuidado. **Conclusión:** La capacitación de personas en forma de educación para la salud es una de las estrategias más efectivas.

Palavras clave: Autocuidado, Diabetes, Promoción

Siglas

APA – *American Psychological Association*

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD) – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DNT – Doenças Não Transmissíveis

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HTA – Hipertensão Arterial

IDF – *International Diabetes Federation*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

mg/dl – miligramas por decilitro

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

Pág. – Página

PNS – Plano Nacional de Saúde

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

≥ - Maior ou Igual

ÍNDICE	p
NOTA INTRODUTÓRIA	16
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA DIABETES.....	19
1.2 DIABETES	23
1.3 – TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM.....	26
2 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	28
2.1 – DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	30
2.1.2 – Caracterização de Saúde.....	40
2.1.3– Considerações Éticas	43
2.1.4 – População Alvo.....	44
2.1.5 – Instrumentos, Técnicas e Procedimentos	45
2.1.6 – Apresentação e Análise de Resultados.....	46
2.2– DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	52
2.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS/INDICADORES E METAS	55
2.3.1 - Objetivos.....	55
2.3.2 –Indicadores e Metas.....	56

2.4 –SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	57
2.5 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL	62
2.5.1 – Previsão de Recursos	63
2.6 – MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	65
2.6.1 – Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas	66
2.6.2 – Avaliação dos Resultados	67
3 – COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO E SEGUIMENTO “FOLLOW UP” DO PROJETO	70
4 – REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	71
5 – COMPETÊNCIAS DE GRAU ACADÉMICO DE MESTRE	77
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS	LXXXIX
ANEXO II – APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS	XCIII
ANEXO III – COMISSÃO DE ÉTICA	XCIV
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	XCVII
ANEXO V – ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES	XCIX

ANEXO VI – MAPA DE CONVERSAÇÃO®	CII
ANEXO VII – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO/ PUBLICAÇÕES DIGITAIS	CIV
ANEXO VIII – CERTIFICADO DO CURSO DE E-LEARNING	CVI
APENDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO	CVIII
APENDICE II – CRONOGRAMA	CXI
APENDICE III – PLANOS DE SESSÃO	CXIII
APENDICE IV – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	CXVII
APENDICE V - ARTIGO CIENTÍFICO	CXXII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde	28
Figura 2 – Número de pessoas com diabetes em todo o mundo e por região em 2017 e 2045 (20-79 anos)	31
Figura 3 – Estimativa da prevalência da diabetes ajustada por idade em adultos (20-79 anos), 2017.....	32
Figura 4 – Número de mortes por diabetes (20-79 anos) em 2017, em milhões.....	33
Figura 5 – Número de pessoas com diabetes na UE, 2000 e 2017.....	34
Figura 6 – Percentagem de pessoas com diabetes, excesso de peso e obesidade.....	36
Figura 7 – Distribuição da prevalência da diabetes por região na população com idades entre os 25 e os 74 anos, 2015	37
Figura 8 – Taxa de Prevalência da diabetes total, diagnosticada e registada em Portugal em 2015	39
Figura 9 – Taxa de Prevalência da diabetes dos 20-79 anos, diagnosticada e registada em Portugal Continental em 2015	39
Figura 10 – Localização do Distrito	40
Figura 11 – Logótipo do Projeto (Con)viver Melhor com a Diabetes.....	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Número de indivíduos entre 15-64 anos, em Alto Alentejo e Município em estudo (2001, 2011 e 2018)	43
Tabela 2 – Tabela de médias de dias por semana de acordo com a dimensão alimentação específica da escala de atividades de autocuidado da diabetes	50
Tabela 3 – Comparação por Pares	53
Tabela 4 – Operacionalização do Método de Hanlon	54
Tabela 5 – Hierarquização de Prioridades de acordo com o Método de Hanlon	55
Tabela 6 – Orçamento Total do Projeto	64
Tabela 7 – Estratégia orçamental do Projeto/Patrocionadores	64
Tabela 8 – Metas e Indicadores do Processo	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalência de pessoas com diabetes, de acordo com a idade e sexo, 2017.....	33
Gráfico 2 – Pessoas com diabetes na UE28, de acordo com o género e idade, 2017.....	35
Gráfico 3 – Adultos com diabetes, 2017	35
Gráfico 4 – Distribuição da prevalência da diabetes por região (25-74 anos) em 2015	38
Gráfico 5 – Taxas de mortalidade bruta e padronizada por diabetes, em Portugal (2010-2015).38	
Gráfico 6 – Óbitos por causa de morte diabetes, em Alto Alentejo e Município em estudo (2017)	40
Gráfico 7 – População residente, em Alto Alentejo e Município em Estudo (2019)	41
Gráfico 8 – Densidade populacional, em Alto Alentejo e Município em Estudo (2018)	42
Gráfico 9 – Distribuição da amostra conforme estado civil.....	47
Gráfico 10 – Distribuição da amostra conforme atividade profissional	47

NOTA INTRODUTÓRIA

Este relatório surge do percurso efetuado durante os estágios do III Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, mestrado na Escola Superior de Saúde de Portalegre em Associação com a Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, a Escola Superior de Beja, Escola Superior de Saúde de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco.

Numa primeira instância realizamos o diagnóstico de saúde tendo em linha de conta que todas as autorizações se encontram em anexo, sendo que por questões de confidencialidade se encontram ocultadas as identificações, os originais ficam guardados para consulta futura. Com este trabalho pretendemos descrever e realizar uma reflexão detalhada das atividades que decorreram ao longo dos estágios, assim como, o processo de aquisição e mobilização de desenvolvimento de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública, não descurando as competências de mestre.

Este projeto de intervenção expressou as necessidades de saúde de uma comunidade identificadas a partir do diagnóstico de saúde efetuado, seguindo as etapas da metodologia de planeamento em saúde.

O planeamento em saúde é uma metodologia de trabalho que visa a criação e implementação de estratégias focadas na resolução de problemas de saúde do indivíduo/comunidade. É indispensável percorrer um caminho de modo a que se proceda ao planeamento em saúde, cujos passos nem sempre são compreensíveis, mas cuja omissão pode levar a uma prestação de cuidados com lacunas. A compreensão das etapas do Planeamento em Saúde é assim simplificadora das intervenções nesta área, permitindo desta forma a elaboração de projetos eficientes. (Tavares, 1990)

O controlo sobre a saúde e os seus determinantes é uma componente imprescindível da saúde pública, para isso é importante capacitar a pessoa para desta forma contribuir para o combate quer de doenças transmissíveis, quer das não transmissíveis, bem como outras ameaças à saúde (Secretaria Regional da Saúde, 2005).

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença metabólica, crónica cada vez mais frequente, cuja prevalência aumenta expressivamente com a idade, atinge ambos os sexos e qualquer idade, apresenta uma forte componente hereditária, contudo os seus principais genes predisponentes ainda não foram identificados (Observatório da Diabetes, 2014). Um estilo de vida sedentário, o excesso

de peso e os hábitos tabágicos estão fortemente ligados a diabetes, o que consequentemente justificam cada vez mais o diagnóstico da DM em jovens e até mesmo em crianças. (Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal [APDP], 2009).

A diabetes é caracterizada por hiperglicemia, que se deve em alguns casos à insuficiente produção, ou noutros à insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores (Observatório da Diabetes, 2014).

O diagnóstico da diabetes é muitas vezes realizado após a manifestação de complicações associadas ou, casualmente, através de um resultado anormal dos valores de glicose no sangue ou na urina (Observatório da Diabetes, 2014).

Quem sofre de DM pode vir a desenvolver uma série de complicações, sendo que os sinais e sintomas podem instalar-se progressivamente durante meses ou anos, no entanto é possível diminuir os danos através de um controlo rigoroso da hiperglicemia, da dislipidémia e da hipertensão arterial (HTA). A vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (retina, pé, rim, coração), também é de extrema importância, para que isso seja viável a colaboração do doente é imperiosa e desde que não estejam presentes outros fatores de risco, a esperança de vida não diminui, mesmo que a doença se manifeste em idades mais avançadas (Observatório da Diabetes, 2014)

De forma a que o autocuidado se realize convenientemente, a atuação e o papel do enfermeiro são importantes, na ajuda e na angariação de conhecimentos que lhes permitem optar por mudanças no estilo de vida, tomando consciência do que é necessário fazer, como e o que fazer para se conseguir controlar a diabetes, e torná-lo capaz e responsável pela sua saúde e projetando as complicações que advêm da diabetes e que reduzem a qualidade de vida.

Neste sentido, constatamos que a DM é um problema contemporâneo, pertinente e de elevado interesse, dada a sua taxa de incidência a nível mundial, europeu e nacional e até regional. Deste modo sentimos necessidade de intervir de forma a promover o autocuidado e a prevenir o surgimento das complicações associadas à DM, mais precisamente nos indivíduos até 65 anos (inclusive) diagnosticados com diabetes tipo 2, residentes no concelho onde foi realizado o estudo, doravante designado por “município em estudo”, devido à proteção de dados e sigilo sobre a comunidade em estudo.

Optamos por fazer um enquadramento teórico de modo a introduzir o tema, bem como evidenciar a sua pertinência, posteriormente procedemos ao diagnóstico da situação, determinamos prioridades e depois definimos os objetivos, para desta forma se poder delinear estratégias numa fase posterior, terminando o presente relatório com umas considerações finais.

Definimos como objetivo de aprendizagem do trabalho: desenvolver um projeto de intervenção comunitária com vista à promoção do autocuidado da pessoa com diabetes tipo 2, para desta forma poder (Con)viver melhor com a sua doença. Em relação a confidencialidade tomamos todas as diligências necessárias, para obtermos todas as autorizações para a realização do mesmo, bem como a colheita de dados e as atividades programadas foram realizadas de forma livre, esclarecida e voluntária, podendo desistir da participação a qualquer momento.

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico, assenta nas Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos do Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, sendo ainda aplicadas nas citações e bibliografia da *American Psychological Association* – APA 6ª edição.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Iniciámos este capítulo com uma breve introdução ao tema da Promoção do autocuidado e intervenção comunitária, uma breve abordagem ao tema da diabetes e de seguida fazemos uma descrição a teoria do défice de autocuidado de enfermagem, de Dorothea Orem, o referencial teórico onde assenta este projeto.

1.1 CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA DIABETES

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

A Literacia em Saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é o grau em que as pessoas têm a capacidade de obter, processar e compreender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem deliberações adequadas de saúde. (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2019)

Em vários momentos do percurso de vida, precisamos encontrar, compreender e usar informação, bem como serviços de saúde, pelo que a Literacia em Saúde é uma prioridade. Segundo a DGS, 2019 elevados níveis de Literacia permitem à pessoa ter competência para tomar decisões de saúde consolidadas no dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na navegação no sistema de saúde e no contexto político, possibilitando assim o aumento do controlo sobre a sua saúde.

Possuir informação sobre o porquê de mudar, o que mudar e como fazer para mudar, é o primeiro passo para que altere e adote comportamentos adequados à sua nova condição de saúde, contudo, a aquisição de conhecimentos relacionados com aspetos de saúde não é uma condição por si só suficiente para a mudança de estilos de vida.

O uso de instruções específicas para cumprir um comportamento de saúde e o uso de afirmações motivacionais, que promovam a auto confiança para implementação dos comportamentos desejados são como complemento para que a mudança se inicie, tendo como finalidade atingir a capacitação para o autocuidado.

Constatamos que a literacia em saúde é crucial para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para o uso eficaz e eficiente dos serviços, bem como uma prioridade de saúde pública e, concomitantemente, um desafio para toda a sociedade no que toca à propagação de conhecimento e utilização do mesmo, permitindo melhores escolhas de saúde no dia-a-dia. (DGS, 2019)

Assim a DGS (2019) define quatro competências em literacia em saúde:

- Competências básicas para a promoção da saúde, adoção de comportamentos de proteção da saúde e prevenção da doença, bem como de autocuidado.
- Competências do doente, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais;
- Competências como consumidor, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos, caso necessário;
- Competências como cidadão, através de comportamentos informados de participação, conhecimento dos direitos, a participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

O acesso à informação torna-se impreterível para garantir a autonomia dos indivíduos. Contudo este processo de fornecer informação, não deve ser uma mera passagem de informação em que se debita os conhecimentos ao outro, a aprendizagem deve ser participativa e crítica. (DGS, 2019)

Melhorar a Literacia em saúde, significa dar poder aos indivíduos para assumirem responsabilidades pelos seus comportamentos e a autogestão da sua saúde para uma melhor qualidade de vida e obtenção de ganhos efetivos em saúde.

Após o aumento da literacia o indivíduo, já se encontra capacitado para realizar ações que consistem no autocuidado e que têm como intuito restaurar e promover a saúde. No que diz respeito, à diabetes, o autocuidado ajuda na prevenção de complicações intrínsecas a patologia. (Santos, Ferreira, Silva & Vieira, 2013).

Após o processo de capacitação a pessoa passa a ser proativa nas mudanças de estilo de vida, reforçando o seu empoderamento, beneficiando assim de mais saúde. A educação da diabetes, é vista como uma colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes, no intuito de construir e/ou reconstruir o conhecimento por parte desta, para a doença e suas consequências, para de forma informada possa tomar as suas decisões sobre o autocuidado. O meio onde está

inserido e a própria experiência podem ser modelados pelo processo educativo de forma relacional e progressista, transformando a pessoa em agente crítico e de mudança da sua própria realidade em prol da sua saúde e bem-estar.

A necessidade de cuidados permanentes na diabetes, exige da pessoa a capacidade para gerir a doença, por conseguinte, o enfermeiro tem como missão a capacitação da pessoa, pelo que é exigido para além das capacidades técnicas, competências quer a nível relacional, quer a nível da comunicação. Deste modo, é garantido que as pessoas apreendam o conhecimento, a aceitação e a capacidade para o autocuidado, sendo essas aptidões indispensáveis e determinantes na qualidade de vida. (Tanqueiro, 2013)

Segundo Tanqueiro (2013), a estratégia do autocuidado assenta na aptidão de o Homem conseguir refletir sobre si e o ambiente em que se encontra incluso, bem como representar o que experimenta, fortalecer e manter a motivação indispensável para cuidar de si. De acordo com a teoria de Orem, os indivíduos possuem habilidades próprias para cuidarem de si mesmos, e beneficiam com os cuidados de enfermagem quando perante incapacidade para se autocuidarem.

Segundo a APDP (2017), a alimentação na diabetes, deve ser saudável e equilibrada, não restritiva, mas sim variada e fracionada, sendo o recomendado entre 5 e 6 refeições diárias. Essa alimentação saudável, deve ter atenção às porções corretas de nutrientes, de vitaminas e hidratos de carbono, que não são fixas, pelo que podem variar tendo em conta a constituição física da pessoa e o seu nível de atividade física, por isso é importante que o enfermeiro conheça os hábitos alimentares de cada pessoa e adeque a alimentação a cada um per si.

É importante na alimentação saudável, que a pessoa com diabetes consuma fruta e legumes todos os dias, nomeadamente 3 a 5 porções. A razão desta ingestão é que a fruta e os legumes são ricos em vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes. Apesar de a fruta conter frutose, é um açúcar saudável, algumas frutas que contêm mais frutose como figos, uvas e bananas, podem ser também ingeridos, mas de forma mais moderada. (APDP, 2017) Relativamente às proteínas, metade da ingestão deve ser de origem animal e a outra metade de origem vegetal. Deve-se dar preferência ao consumo de peixe (salmão e cavala ricos em ácidos gordos ómega 3) e ao consumo de carnes brancas, do que ao consumo de carnes vermelhas, que não deve ser superior a duas vezes por semana.

A pessoa diabética deve também incluir alimentos ricos em fibra na sua alimentação porque estas ajudam a diminuir a glicémia e o colesterol após as refeições, ajudam na regulação intestinal e aumentam a sensação de saciedade. Um dos exemplos na escolha da ingestão de fibras é o tipo

de pão, que deve ser escuro, o que nos remete aos hidratos de carbono, que são importantes assim como todos os outros nutrientes, estes são uma fonte energética do sistema nervoso central e permite a síntese proteica. Existem três tipos de hidratos de carbono: simples, que podem ser monossacáridos (glicose, frutose e galactose) e dissacáridos (lactose, sacarose e maltose); complexos (o amido) e hidratos de carbono indigeríveis, é importante o diabético contar os hidratos de carbono que se ingere. (APDP, 2017)

Segundo a APDP (2017), o consumo de açúcar deve ser feito em ocasiões especiais de forma moderada e diminuindo nessa refeição a porção dos outros hidratos de carbono (arroz ou batata ou pão). Existem vários tipos de açúcares, como a glucose, o xarope de glucose, a sacarose, a frutose, a dextrose, a maltose, a maltodextrina, o xarope de milho, o açúcar invertido, a geleia de milho, o melaço e o mel.

Por fim, o consumo de álcool, se a pessoa consumir deve ser dentro das recomendações diárias, 1 copo de vinho à refeição.

Em relação à outra dimensão a ter em linha de conta que é o exercício físico, este é de extrema importância, na medida em que, associado à alimentação, permite controlar os níveis de glicémia, porque estimula a produção de insulina, facilitando assim o seu transporte para as células. É aconselhado pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal fazer caminhadas diárias de 30 minutos, ou exercícios de intensidade moderada e de longa duração (40 minutos-1 hora). Deve-se fazer uma avaliação da glicémia capilar antes da prática de exercício físico, sendo que os valores devem estar entre os 100 e os 160mg/dl, devendo ainda fazer uma pequena refeição com hidratos de carbono uma hora antes da realização de exercício físico. Segundo Mendes Sousa, Reis & Barata, (2011), referem que a prática de exercício não dispensa a atividade física voluntária integrada num estilo de vida ativo, o exercício realizado no quotidiano como o passeio com o cão, o uso das escadas em vez do elevador, a limpeza da casa, tomam uma importância tal como a prática de exercício físico.

Os níveis de glicémia podem ser controlados pela alimentação saudável e a prática de exercício físico, mas para saber os valores de glicémia é necessária a mensuração, como refere Salvado (2012) a auto monitorização da glicémia é essencial porque permite que a pessoa com diabetes possa diferenciar entre hipoglicémia e hiperglicemia, e adequar a sua medicação, quer seja antidiabético orais ou insulina.

Devido ao comprometimento da circulação e sensibilidade das extremidades, o autocuidado com os pés, é extremamente importante, porque na pessoa diabética a neuropatia, retira a sensibilidade dos pés, podendo dar origem a feridas que progridem sem dor o que faz com que o diabético não as valorize e que são de difícil cicatrização devido ao comprometimento circulatório, podendo culminar em amputação.

Sendo a Diabetes uma doença de caráter assintomático, a adesão à terapêutica farmacológica de forma correta, corresponde a mais um autocuidado, que algumas vezes é descuidado, devido a alguns mitos associados ou até por questões económicas.

Em relação ao consumo de tabaco e segundo Lyra, Oliveira, Lins & Cavalcanti (2006), este reduz a sensibilidade insulínica e eleva a concentração glicémica. Assim sendo é mais provável as pessoas com diabetes terem complicações prematuras devido ao tabaco, pelo que a redução e sua cessação seria o ideal na prevenção da diabetes.

1.2 DIABETES

A Diabetes *Mellitus* é uma doença metabólica, crónica cada vez mais frequente, cuja prevalência aumenta expressivamente com a idade, atinge ambos os sexos e qualquer idade. Tem forte componente hereditária, todavia os seus principais genes predisponentes ainda não foram identificados (Observatório da Diabetes, 2014).

Ligado à diabetes o estilo de vida sedentária, o excesso de peso e os hábitos tabágicos justificam cada vez mais o diagnóstico da DM em jovens e até mesmo em crianças (APDP, 2009).

Os critérios de **diagnóstico** de diabetes, segundo a Norma DGS N.º 2/2001, de 14/01/2011 in Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD] (2016) os critérios de diagnóstico de Diabetes, são os seguintes:

- a) Anomalia da Glicemia em Jejum – ≥ 110 mg/dl e <126 mg/dl;
- b) Tolerância Diminuída à Glicose – Glicemia às 2 horas após a ingestão de 75 gr de glicose ≥ 140 mg/dl e <200 mg/dl.

Em relação aos **sintomas** da diabetes e segundo a APDP (2017), estes são consoante as quantidades de açúcar no sangue, assim temos sintomas diferentes perante uma hipoglicémia e uma hiperglicemia. Na hipoglicémia podemos ter tremores, palidez, dificuldade em raciocinar, formigamento nos lábios/língua, palpitações, convulsões, perda de consciência ou coma. Na hiperglicémia

os sintomas que podemos presenciar são: xerostomia, sudção excessiva, visão turva, cansaço, prurido generalizado com maior incidência na área genital, bem como a polidipsia, polifagia e poliúria.

A ausência de sintomas no início da diabetes tipo 2, pode fazer com que seja descurado o seu diagnóstico durante anos, devido ao facto dos sintomas por vezes só aparecem quando se está sobre uma hiperglicemia constante.

No que diz respeito, à persistência de níveis elevados de glicose no sangue podemos aferir que segundo a SPD (2016) emergem lesões nos tecidos, por isso as pessoas com diabetes podem vir a desenvolver complicações. No entanto, é possível minimizar os danos através de um controlo rigoroso da glicémia, bem como uma vigilância dos órgãos mais sensíveis, como é o caso dos olhos, rins e coração. (SPD, 2016)

As **complicações** podem ainda ser classificadas em agudas e complicações crónicas, sendo que no caso das complicações agudas está incluído a hipoglicémia, a cetoacidose diabética, entre outras. As complicações crónicas podem ser por exemplo a retinopatia diabética e a nefropatia diabética. (*World Health Organization* [WHO], 2017).

A diabetes segundo a SPD (2016) é uma das principais causas de morte, estando associada à doença coronária, HTA e ao acidente vascular cerebral. WHO (2016) acrescenta que a diabetes é uma causa bem reconhecida de prematura morte e morbilidade, porque aumenta o risco de doença cardiovascular, insuficiência renal, cegueira e amputação dos membros inferiores.

Medina (2010) acrescenta que as complicações tardias da diabetes podem ser eficazmente evitadas por intervenções ativas dos profissionais de saúde junto das pessoas; utilizando, para isso, as terapêuticas disponíveis e os meios de incentivo adequados, de modo a obter uma maior adesão ao tratamento.

No entanto, essas complicações podem ser minimizadas com a adoção de estilos de vida, nomeadamente alimentação saudável e a realização de atividade física, que ajudam a prevenir complicações e promovem a saúde e bem-estar do indivíduo.

Segundo Regufe (2017) “A alimentação deve ser equilibrada e racional, diferindo pouco da que deverá fazer uma pessoa que não tenha diabetes. As recomendações gerais assentam sobre o consumo de alimentos ricos em fibras, carnes magras, peixe e cereais integrais.” Sendo ainda de extrema importância ter a atenção dos alimentos com carboidratos (pão, tostas, laticínios), devem ser consumidos em pequenas quantidades, assim como os alimentos ricos em açúcares. Em relação às gorduras estas devem ser ingeridas em pequena quantidade, uma vez que diabéticos têm risco

cardiovascular aumentado. Já as bebidas alcoólicas devem ser consumidas com moderação e, apenas, às principais refeições.

Devemos ainda ter em consideração os horários das refeições, sendo que o diabético deve evitar jejuns prolongados, não deve saltar refeições e alimentando-se de três em três horas, o que evita situações de hipoglicemia que se manifesta através de sintomas como ansiedade, tremores, palpitações, entre outros.

Se a hipoglicemia for acentuada podem aparecer fraqueza, dor de cabeça, anomalias da visão vertigens, confusão mental, e convulsões, podendo inclusive levar ao coma.

Em relação à prática do exercício físico podemos referir que esta se tem revelado “eficiente no controle glicémico da diabetes, melhorando a sensibilidade à insulina e a tolerância à glicose, diminuindo o nível de glicose no sangue. Contudo alguns cuidados devem ser tomados em relação à prática da atividade física pela pessoa com diabetes. Antes de iniciar um programa de atividade física, a pessoa deve efetuar uma avaliação cardiovascular de modo a detetar potenciais riscos”. (Regufe, 2017)

No entanto, devemos ainda ter em linha de conta o vestuário, sendo que devemos optar por roupas leves e confortáveis, bem como calçado confortável (sola macia e de absorção de impacto). Não devendo ainda de ser descurada a hidratação.

Segundo WHO (2017), o **tratamento** da diabetes envolve uma série de variáveis passando pela atividade física, dieta, redução da glicemia e de outros fatores como a cessação tabágica.

Visto ser uma doença crónica é imprescindível motivar a pessoa, criar um plano terapêutico adequado e individualizado que vá ao encontro das necessidades da pessoa, ao seu modo de vida bem como às crenças e valores. É necessária uma alimentação saudável (fracionada e equilibrada), exercício físico, autovigilância/autocuidado, adesão ao regime terapêutico, seja terapêutica oral e/ou insulino-terapia, para o tratamento da diabetes.

É crucial que o tratamento passe pelo autocontrolo da pessoa com diabetes, uma vez que é uma doença crónica o tratamento não passa pela cura, mas sim pela aquisição de conhecimentos para adotar comportamentos saudáveis mudança de estilo de vida (Bastos, Milton & Lopes, 2007).

Se a pessoa com diabetes possuir apoio social, seja ao nível dos profissionais de saúde, seja da família, o tratamento terá uma maior adesão. O suporte social, é fundamental para a adoção do autocuidado, bem como para a aceitação de comportamentos saudáveis, que levam a um bem-estar.

1.3 – TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

Nos últimos anos “O pensamento teórico em enfermagem evolui e tem evoluído num percurso de grande riqueza conceptual”, (Queirós, Vidinha & Filho, 2014:159), sendo a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, uma das mais mencionadas, centrando-se essencialmente no autocuidado. Esta teoria define que o autocuidado consiste na prática de atividades que privilegiam o melhoramento e amadurecimento das pessoas que iniciam esta teoria, respeitando os espaços de tempo específicos, tendo como objetivos a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Consiste num autocuidado universal, pois atinge todas as vivências, não se restringindo às atividades de vida diária (AVD) e às instrumentais (AIVD).

A TDAE é composta por três teorias que se interligam (Queirós, Vidinha & Filho, 2014): a Teoria do Autocuidado (descreve o porquê e como as pessoas se cuidam); a Teoria do Défice de Autocuidado (descreve e explica a razão das pessoas poderem ser ajudadas por meio da enfermagem) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (descreve e explica as relações que se têm que criar e manter de modo a que se produza enfermagem).

Esta teoria abrange o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado consiste na função humana reguladora, que pode ser desempenhado pelo próprio ou por alguém que a execute por este, de modo a proteger a vida, a saúde, o seu desenvolvimento e o bem-estar. A Teoria do Autocuidado permite compreender as condições e limitações da ação das pessoas que poderão beneficiar com a intervenção dos enfermeiros, ainda que seja necessário haver um equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidados, de modo a que a pessoa consiga autocuidar-se (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

A Teoria do Défice de Autocuidado, centra-se na falta de cuidados de enfermagem, que estão dependentes da maturidade de cada indivíduo, no que diz respeito às limitações da ação relacionadas com a saúde e os cuidados que lhe são inerentes. Estas limitações incapacitam, completa ou parcialmente os indivíduos de cuidarem de si próprios ou dos seus dependentes. É determinada a necessidade da intervenção de enfermagem, uma vez que as exigências de autocuidado são superiores à capacidade de autocuidado dos indivíduos. (Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

O défice de autocuidado consiste num conceito abstrato, que se refere às limitações de ação, permite perceber o papel da pessoa no autocuidado e norteia as intervenções de enfermagem que o auxiliam. (Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

Por sua vez a Teoria dos Sistemas de Enfermagem defende que a enfermagem consiste numa ação humana, uma vez que os sistemas de ação são criados e produzidos por enfermeiros, tendo em linha de conta o exercício da sua prática com pessoas que manifestam limitações de autocuidado (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Orem, identifica três tipos de sistemas de Enfermagem:

- Totalmente compensatório (fazer pelo doente) quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele;
- Parcialmente compensatório (ajudar o doente a fazer por si próprio), quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidados;
- Apoio-educação que é quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e educação - ajudar o doente a aprender a fazer por si, enfatizando o importante papel da enfermeira na conceção dos cuidados de enfermagem (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

A TDAE segundo Orem possui três tipos de requisitos de autocuidado, são eles: universais, de desenvolvimento e desvio de saúde. Estes consistem nos objetivos a conseguir, por meio das ações de autocuidado executadas pela pessoa ou terceiros, isto é, constituem os grupos de carências identificadas por Dorothea Orem.

2 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

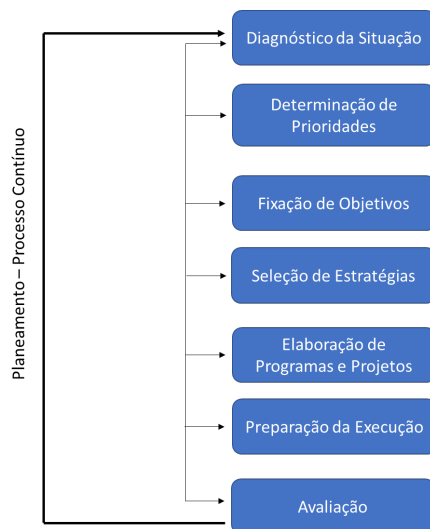
A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública está em grande parte alancada no planeamento em saúde que contribui para a investigação, ajudando assim a manter e melhorar o estado de saúde de uma determinada comunidade, através da prestação de serviços de saúde atingíveis, eficientes e equitativos (Stanhope & Lancaster, 2011), pelo que a elaboração deste projeto de intervenção comunitária não é exceção.

Para melhorarmos ou conservarmos o estado de saúde de uma população é necessário identificar e proceder à elaboração de um projeto, usando recursos existentes, assim como meios e métodos para que os cuidados de saúde no presente e futuro sejam importantes para as necessidades de saúde identificadas dessa população.

Para a sua realização “é necessário percorrer-se um processo cujos passos nem sempre são fáceis, mas cuja omissão poderia conduzir a uma má prestação de cuidados.” (Tavares, 1990:38)

Podemos observar na Figura 1 as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde.

Figura 1 – Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde



Fonte: Construção Própria, adaptado de Imperatori & Giraldes (1982) e Tavares (1990)

Devemos compreender o planeamento em saúde, como um processo contínuo e ativo.

Assim, para delinear as etapas mediante os recursos existentes com o intuito de atingir os objetivos afixados e com vista à diminuição dos problemas de saúde equacionados como prioritários, fazendo com que a planificação de esforços não apenas do setor da saúde mas também noutros setores como o social e o económico. (Imperatori & Giraldes, 1982)

No âmbito da realização deste projeto, procedemos ao diagnóstico da situação face à promoção do autocuidado da pessoa com a diabetes tipo 2. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente abrangente em relação aos setores económicos e sociais, permitindo desta forma identificar os principais problemas de saúde e respetivos determinantes.

A definição de prioridades é um processo de tomada de decisões, pelo que foram selecionados os problemas de saúde a resolver utilizando diferentes regras. A fixação dos objetivos relativamente aos problemas prioritários, tem em vista o resultado que se pretende obter mediante a sua evolução. Segundo Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior. A meta é um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividades” (Imperatori & Giraldes, 1986:48).

A fixação de objetivos define para onde se vai, mas para isso temos de saber a forma de lá chegar, sendo parte integrante da quarta etapa que é a seleção de estratégias. é escolhido um conjunto de técnicas pertinentes, organizadas de maneira a alcançar o objetivo previamente definido.

Na fase de preparação de programas e projetos, tentamos estudar de forma minuciosa as atividades necessárias à execução parcial e/ou total de uma estratégia. Na fase da preparação e execução deve-se deixar bem esclarecido quais as entidades responsáveis pela execução, sendo que, deve existir apenas um responsável principal. Para finalizar a fase de avaliação, devemos proceder à identificação dos principais indicadores do controlo da execução. (Imperatori & Giraldes, 1982)

Devemos utilizar o planeamento em saúde como uma ferramenta imprescindível, para identificar as necessidades do indivíduo/comunidade/sociedade, determinando prioridades, intervindo e avaliando as intervenções. Incluindo neste processo as populações ao nível da planificação e realização dos seus cuidados de saúde, para que estas possuam conhecimentos e possam alterar os seus comportamentos, só desta forma é alcançável a promoção da saúde e prevenção de doenças.

2.1 – DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O diagnóstico da situação é o passo inicial no processo de planeamento, que deverá corresponder às necessidades de Saúde das populações. (Imperatori & Giraldes, 1982)

Segundo Tavares (1990:53), o diagnóstico da situação deve ser: “suficientemente alargado, suficientemente aprofundado, sucinto, suficientemente rápido, suficientemente claro e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento.”

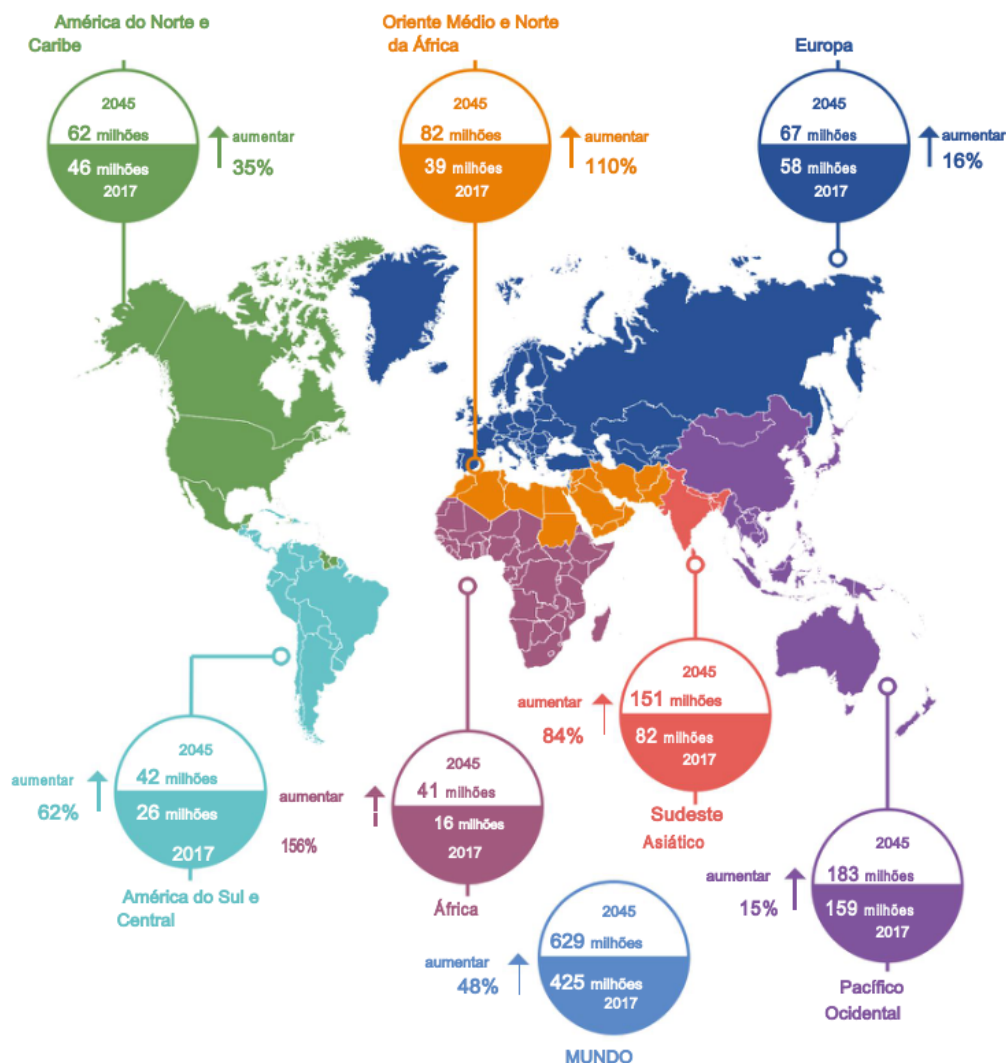
O diagnóstico da situação relativo ao projeto de intervenção que foi concretizado, baseia-se na fundamentação teórica com estudos nacionais e internacionais que nos permitem realizar uma análise da situação atual, corroborando assim com o questionário aplicado, para deste modo poder definir objetivos e delinear estratégias de atuação para a problemática em estudo.

2.1.1 – Prevalência de Diabetes

A DM é considerada um problema de saúde a nível mundial (como se observa na Figura 2), incapacitante devido a complicações adjacentes à diabetes que reduz a esperança de vida, podendo levar à morte.

Este tipo de doença está presente a nível mundial não diferenciando as classes sociais e/ou qualquer faixa etária, pelo que ninguém é imune. Exige muito dos orçamentos de saúde mundiais e nacionais, reduz a produtividade, trava o crescimento económico, origina gastos devastadores e sobrecarrega os sistemas de saúde. (*International Diabetes Federation [IDF]*, 2017)

Figura 2 – Número de pessoas com diabetes em todo o mundo e por região em 2017 e 2045 (20-79 anos)



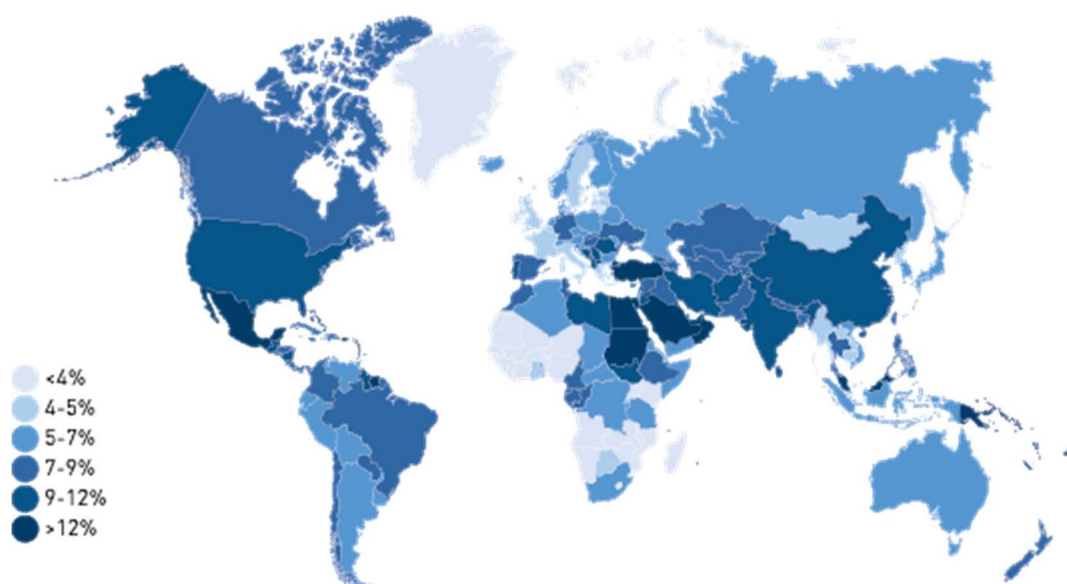
Fonte: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>, pág. 9, consultado a 25/05/2020

A diabetes é uma das maiores emergências mundiais no que diz respeito aos problemas de saúde do século XXI, já que se encontra entre as 10 principais causas de morte a nível mundial. A par com as doenças cardiovasculares, cancro e doenças respiratórias, as Doenças Não Transmissíveis (DNT) representam mais de 80% de mortes prematuras. Em 2015, 39.5 milhões dos 56.4 milhões de mortos em todo o mundo, ocorreram devido a DNT.

Um dos principais problemas potenciadores da diabetes, 30 a 80% deve-se a pessoas portadoras desta patologia desconhecendo o seu diagnóstico (IDF, 2017).

Cerca 8.8% dos adultos a nível mundial, com idades compreendidas entre 20 e 79 anos, têm diabetes, na Figura 3 podemos constatar a prevalência de diabetes nestas idades. Prevê-se que o aumento do número de novos casos da diabetes, surja em países cuja economia se encontre em crescimento. Mais de um terço dos casos da diabetes deve-se ao crescimento e envelhecimento da população. O aumento da prevalência por idades regista 28% e a interação destes dois fatores regista 32%. (IDF, 2017)

Figura 3 – Estimativa da prevalência da diabetes ajustada por idade em adultos (20-79 anos), 2017

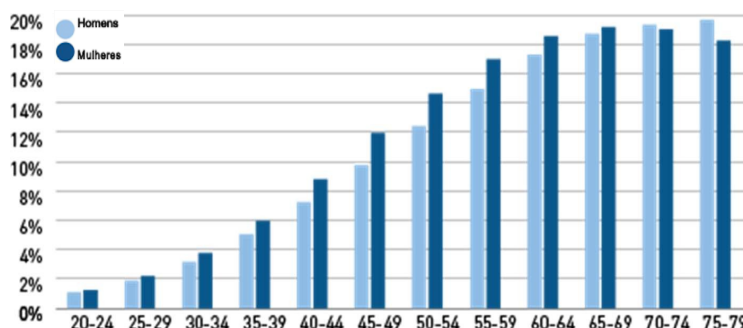


Fonte: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>, pág. 42, consultado a 25/05/2020

Ainda de acordo com a 8ª edição do Atlas da Diabetes (2017), existem 326.5 milhões de pessoas em idade laboral (com idades entre os 20 e os 64 anos) e 122.8 milhões de pessoas (com idades entre os 65 e os 99 anos) que sofrem da diabetes. Contudo em 2045, prevê-se um aumento de 438.2 milhões de pessoas com diabetes em idade laboral e 253.4 milhões nos casos das pessoas com diabetes e idade compreendida entre os 65 e os 99 anos.

Estima-se que a prevalência de DM entre as mulheres com idades entre os 20 e os 79 anos seja de 8.4%, valor este ligeiramente inferior comparativamente aos homens que apresentam 9.1%. Existem mais 17.1 milhões de homens, que mulheres com diabetes, isto é, 221.0 milhões de homens e 203.9 milhões de mulheres. É esperado que a prevalência da DM aumente 9.7% nas mulheres e 10.0% no caso dos homens, (Gráfico 1). Por sua vez, a faixa etária dos 65 aos 79 anos, apresenta a maior prevalência da diabetes independentemente do género. (IDF, 2017)

Gráfico 1 – Prevalência de pessoas com diabetes, de acordo com a idade e sexo, 2017



Fonte: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>, pág 44, consultado a 25/05/2020

Calcula-se que na faixa etária dos 20 aos 79 anos tenham perdido a vida aproximadamente 4.0 milhões de pessoas com diabetes em 2017, isto equivale a uma morte a cada oito segundos, a Figura 4 ilustra este cenário a nível mundial. Terá causado 10.7% das mortes a nível mundial de causa aleatória na faixa etária referida anteriormente. Deste modo, a DM supera as principais doenças infecciosas que mais mortes provocam (1.1milhões de mortes por Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, 1.8milhões por tuberculose e 0.4milhões por malária em 2015). Cerca de 46.1% das mortes por DM entre os 20 e os 79 anos, ocorreram em pessoas com idade inferior a 60 anos (IDF, 2017).

Figura 4 – Número de mortes por diabetes (20-79 anos) em 2017, em milhões



Fonte:<https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>, pág 40, consultado a 25/05/2020

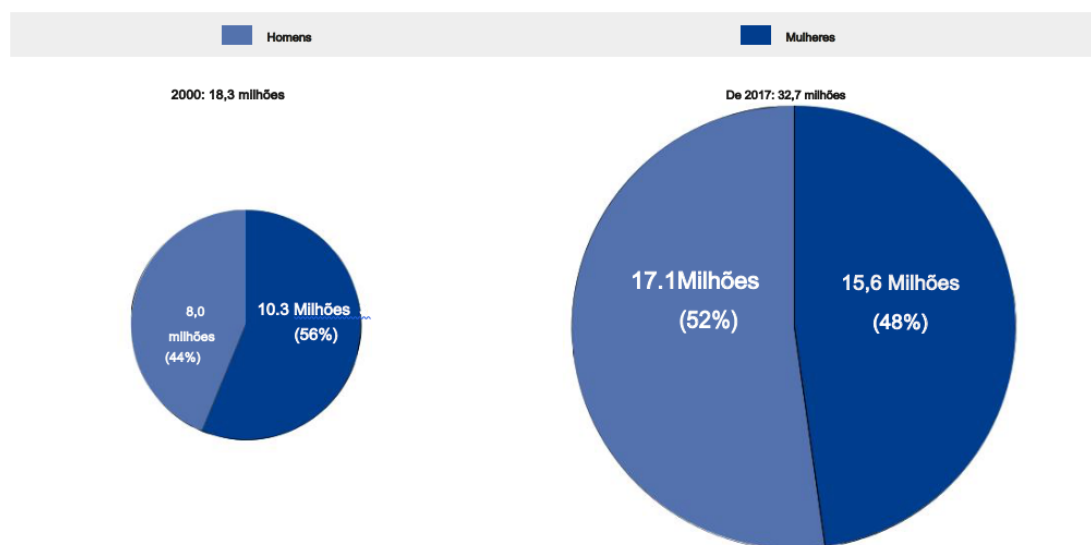
Associadas a um impacto económico negativo estão as mortes prematuras e a incapacidade

derivadas da DM, principalmente nos países que frequentemente apresentam custos indiretos derivados da diabetes (IDF, 2017).

Por sua vez de acordo com os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OECD/EU] (2018), em 2017 na União Europeia (UE), cerca de 32.7 milhões de adultos eram portadores da diabetes, contrastando com a estimativa de 18.2 milhões em 2000. Sendo que se estima que cerca de 12.8 milhões de pessoas com diabetes em 2017, não obtiveram diagnóstico.

Verificou-se um aumento exponencial do número de homens diagnosticados com diabetes desde 2000, isto é, passou de 8 milhões em 2000 para 17.1 milhões em 2017. Por sua vez o número de mulheres com diabetes também aumentou substancialmente, passando de 10.3 milhões em 2000 para 15.6 milhões em 2017, constatamos um aumento superior a 50%, estes dados encontram-se representados na Figura 5 (OECD/EU, 2018).

Figura 5 – Número de pessoas com diabetes na UE, 2000 e 2017

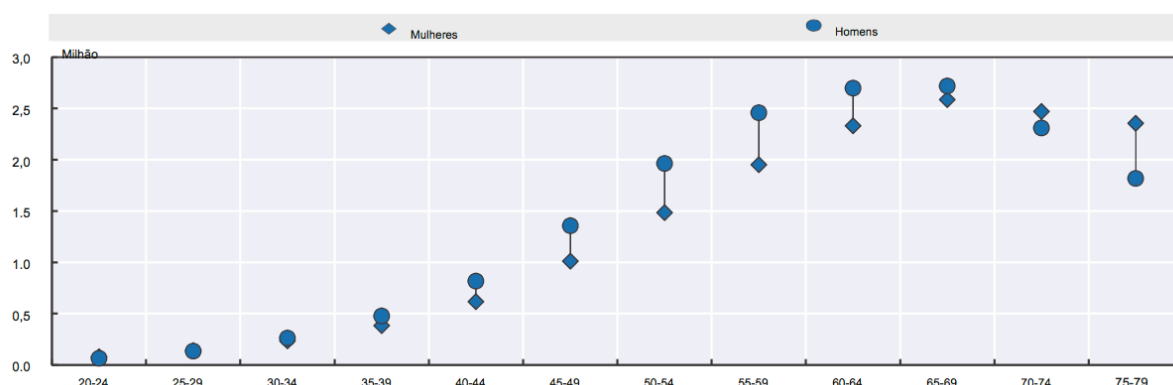


Fonte: Adaptado de OECD/EU (2018, p.107)

A diabetes nos países da UE é mais comum em pessoas idosas, afetando 19.3 milhões em idades compreendidas dos 60 e os 79 anos, 11.7 milhões entre os 40 e os 59 anos e apenas 1.8 milhões com idade compreendida entre os 20 e os 39 anos (OECD/EU, 2018).

Na faixa etária dos 40 aos 59 anos, são os homens que mais são afetados pela diabetes, contudo após os 70 anos ocorre o oposto, isto verifica-se, porque a esperança de vida das mulheres é ligeiramente superior comparativamente aos homens, como se pode constatar no Gráfico 2 (OECD/EU, 2018).

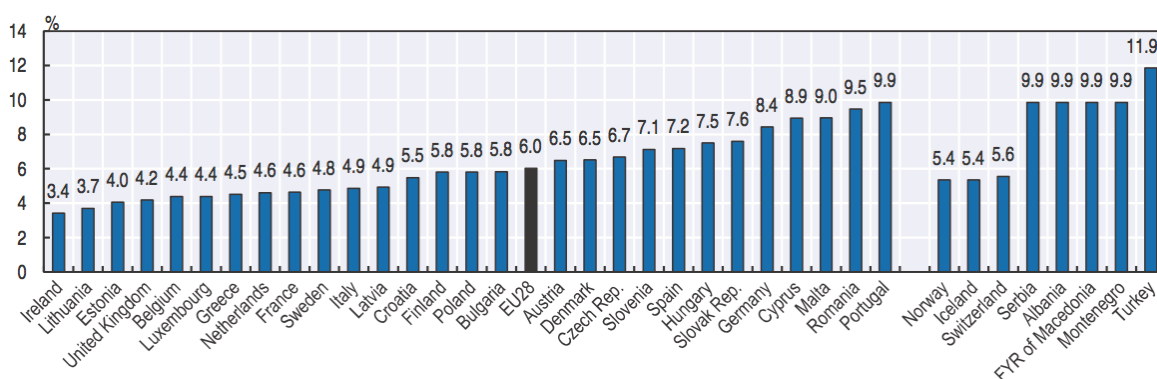
Gráfico 2 – Pessoas com diabetes na UE28, de acordo com o género e idade, 2017



Fonte: Adaptado de OECD/EU (2018, p.107)

Em média a taxa de prevalência padronizada da diabetes por idade entre adultos nos países da União Europeia, foi de 6% em 2017. Existindo uma variação nas taxas entre 9% e 12% ou mais em países como Portugal, Malta e Turquia entre 3% e 4% na Irlanda, Lituânia e Estónia, como comprova o Gráfico 3 (OECD/EU, 2018).

Gráfico 3 – Adultos com diabetes, 2017



Fonte: Adaptado de OECD/EU (2018, p.107)

As taxas padronizadas por idade de prevalência de diabetes, estabilizaram em muitos países europeus nos últimos anos, especialmente nos países nórdicos, contudo verificou-se uma ligeira subida nos países do Sul da Europa, Europa Central e Oriental. Esta subida dá-se em parte devido ao aumento do número de casos de obesidade e sedentarismo (OECD/EU, 2018).

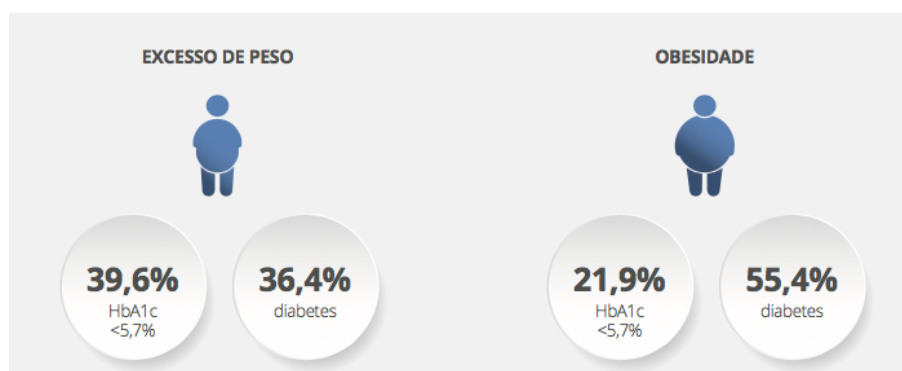
Sabe-se ainda, de acordo com estudos efetuados, que na UE adultos com menor nível de escolaridade têm mais do dobro de probabilidade de virem a desenvolver diabetes, comparativamente a pessoas com maior nível de escolaridade. Também se constata que a prevalência dos principais fatores de risco da diabetes, onde se inclui a obesidade, é muito mais elevada em pessoas com baixo nível de educação (OECD/EU, 2018).

De acordo com a Diabetes: Factos e Números o Ano de 2015, a prevalência estimada da DM em Portugal nesse ano, na faixa etária dos 20 aos 79 anos (correspondente a 7.7 milhões de indivíduos) foi de 13.3%, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses desta faixa etária têm DM.

Entre 2009 e 2015, devido ao envelhecimento da estrutura etária dos portugueses (20-79 anos), verificou-se um aumento de 1.6 pontos percentuais da taxa de prevalência da DM. No que diz respeito a esta taxa, 56% das pessoas tinha diagnóstico, enquanto que 44%, todavia não tinham sido diagnosticados com a doença. Verificamos a relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a DM, como mostra a Figura 6. A prevalência da DM em pessoas obesas, ou seja, com $IMC \geq 30$ é cerca de quatro vezes maior do que em pessoas com um IMC normal, ou seja, <25 .

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), existe 55.4% de pessoas com diabetes que apresentam obesidade, ao passo que apenas 21.9% não são diabéticos. É de salientar que no Continente é na região do Alentejo, que a prevalência de obesidade é mais elevada, no que diz respeito às ilhas esta prevalência destaca-se na Região Autónoma dos Açores.

Figura 6 – Percentagem de pessoas com diabetes, excesso de peso e obesidade



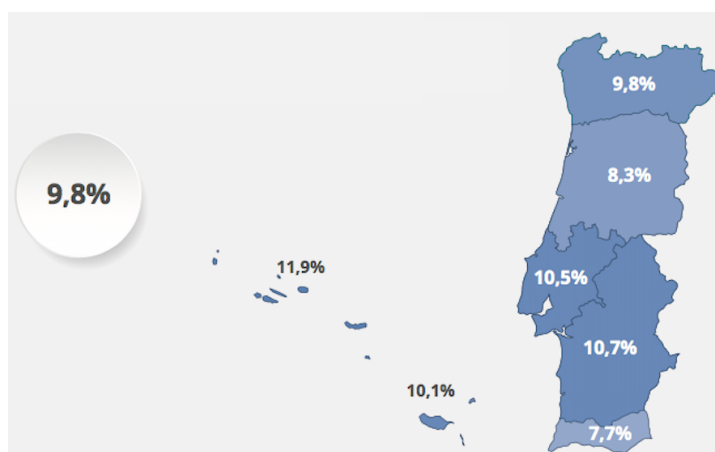
Fonte: Adaptado de DGS (2017, p.12)

2.1.1.1 – Contexto Local de Intervenção

A prevalência de DM na população que reside em Portugal com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos é de 9.8% (que se manifesta superior à média europeia) sendo que se verifica mais

elevada nos homens, com uma prevalência de 12.1% e de 7.7% nas mulheres, facto que também se verifica na União Europeia, como demonstra a Figura 7 (DGS, 2017).

Figura 7 – Distribuição da prevalência da diabetes por região na população com idades entre os 25 e os 74 anos, 2015

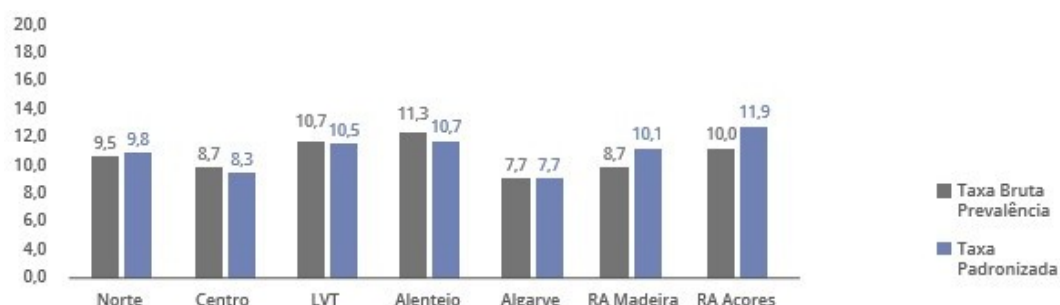


Fonte: Adaptado de DGS (2017, pág.12)

Estima-se que em 2015 Portugal apresentava uma taxa de prevalência de DM de 9.9% em adultos, este valor encontra-se acima da média da OCDE35 que é de 7%. Tal como nos dados obtidos da União Europeia, em Portugal também é nas faixas etárias mais envelhecidas que se verifica uma prevalência mais elevada, isto é, entre os 65 e os 74 anos a percentagem é de 23.8%. (DGS, 2017)

Em Portugal verifica-se uma variação da prevalência da diabetes nas diversas regiões do país, mas é no Alentejo que os valores são mais elevados 11.3% e o mais baixo situa-se no Algarve com um valor de 7.7%. No que diz respeito à taxa padronizada, o valor mais elevado situa-se na Região Autónoma dos Açores, tal como sugere o Gráfico 4. (DGS, 2017)

Gráfico 4 – Distribuição da prevalência da diabetes por região (25-74 anos) em 2015

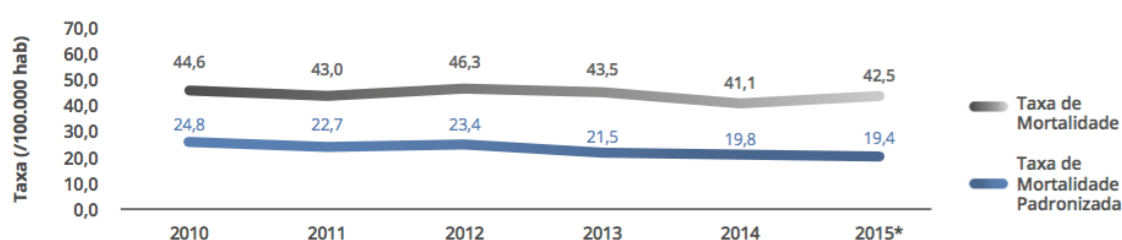


Fonte: Retirado de DGS (2017, pág.6)

No que toca à mortalidade por DM, de uma forma geral, tem vindo a diminuir, onde em 2015 se obteve uma taxa de mortalidade padronizada mais baixa (Gráfico 5). Em 2015, o número médio de anos potenciais de vida perdidos (APVP) por diabetes nos homens, foi de 8.2 APVP/óbito e nas mulheres foi de 8.0 APVP/óbito (DGS, 2017).

De acordo com a DGS (2017), a DM contribui significativamente para as causas de morte, sendo causadora de mais de 4% das mortes nas mulheres e mais de 3% das mortes nos homens, isto é, morrem por ano cerca de 2.200-2.500 mulheres e cerca de 1.600-1.900 homens por diabetes.

Gráfico 5 – Taxas de mortalidade bruta e padronizada por diabetes, em Portugal (2010-2015)



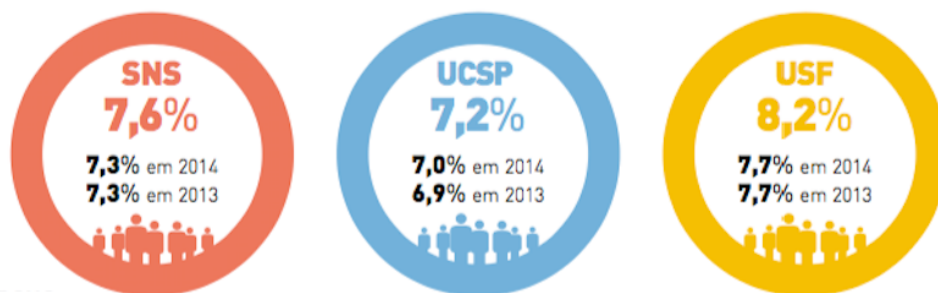
Nota: *Os valores apresentados para o ano 2015 foram calculados por DSIA/DGS com base em dados provisórios do INE Códigos CID 10: E10-E14. Taxas por 100 000 habitantes.

Fonte: Retirado de DGS (2017, pág.6)

De acordo com o Diabetes: Factos e Números o Ano de 2015, encontravam-se registados na rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP) do SNS (Sistema Nacional de Saúde) 846 955 utentes com diagnóstico de diabetes (55.4% nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP e 44.6% nas Unidades de Saúde Familiar- USF), num total de 12 470 910 utentes registados (dos

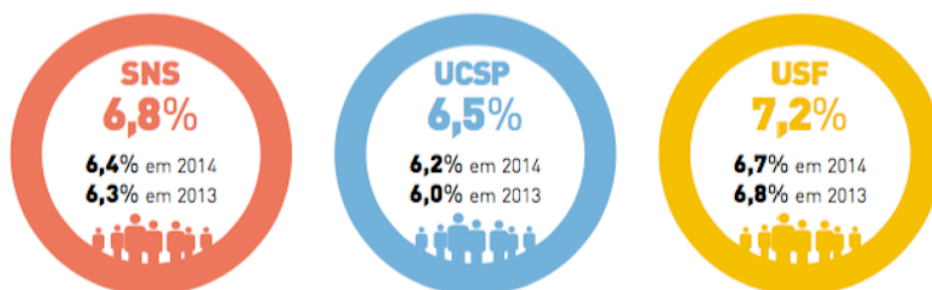
quais 52.2% nas UCSP e 47.8% nas USF) (Observatório da Diabetes, 2014). Na Figura 9 podemos constatar a prevalência da DM diagnosticada e registada em Portugal Continental em 2015, nas idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, bem como a taxa de prevalência da diabetes total, como podemos verificar na Figura 8.

Figura 8 – Taxa de Prevalência da diabetes total, diagnosticada e registada em Portugal em 2015



Fonte: Adaptado de Observatório da Diabetes (2014, pág.25)

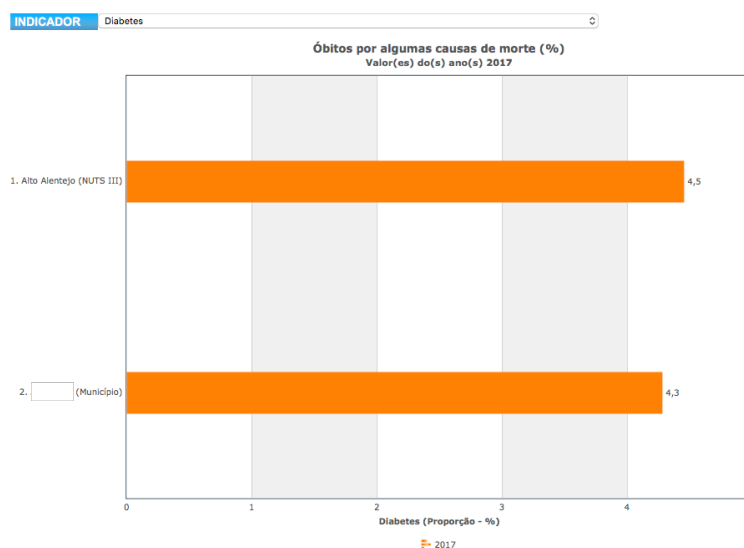
Figura 9 – Taxa de Prevalência da diabetes dos 20-79 anos, diagnosticada e registada em Portugal Continental em 2015



Fonte: Adaptado de Observatório da Diabetes (2014, pág.25)

No que diz respeito, ao município em estudo, podemos referir que segundo dados do (Por Data, 2019) no ano 2011 a percentagem de óbitos pela causa de morte diabetes era de 8,5% no município em estudo, sendo que, no alto Alentejo era de 5,9%, invertendo-se esses dados em 2017 como podemos observar no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Óbitos por causa de morte diabetes, em Alto Alentejo e Município em estudo (2017)



Fonte: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5811997>, consultado a 15/06/2020

2.1.2 – Caracterização de Saúde

Neste subcapítulo pretendemos caracteriza o Município em Estudo, bem como os recursos existentes e disponíveis, sejam eles a nível da saúde ou a nível social.

A presente caraterização tem como extensão territorial um município pertencente à Região do Alto Alentejo, (NUTS III) (Figura 10).

Figura 10 – Localização do Distrito

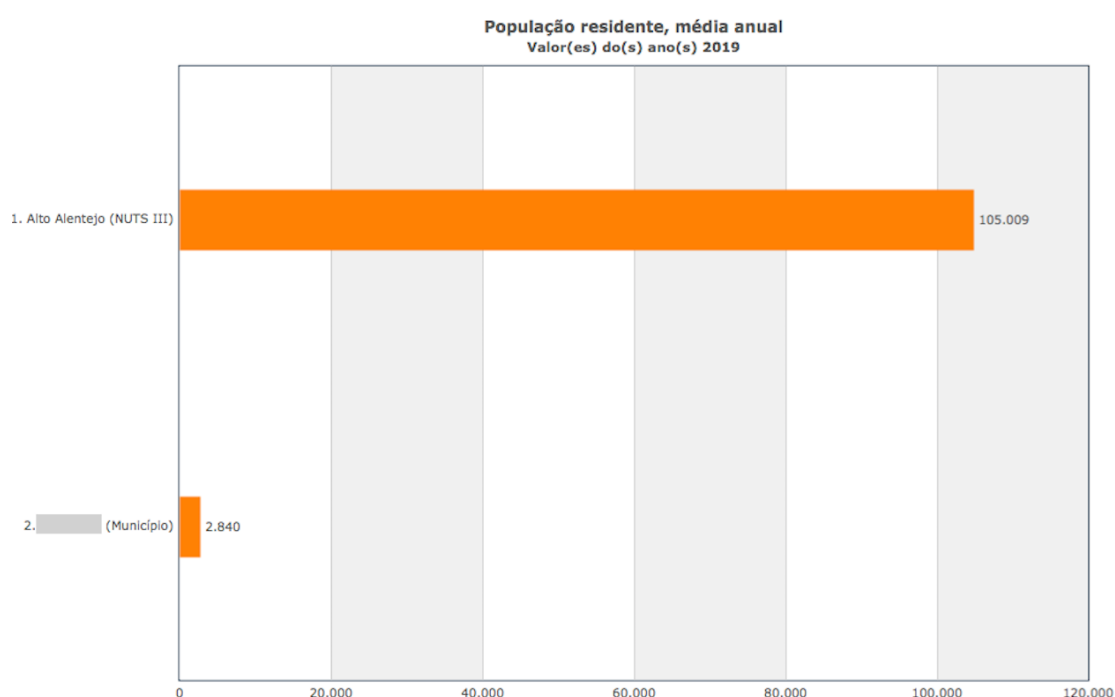


Fonte: <http://www.andancas.net/2014/pt/81/festival/organizacao/em-colaboracao>, consultado em 25/05/2020

No que diz respeito a acessibilidades, o município em estudo não tem diretamente nenhuma autoestrada, contudo existem acessos ferroviários e rodoviários.

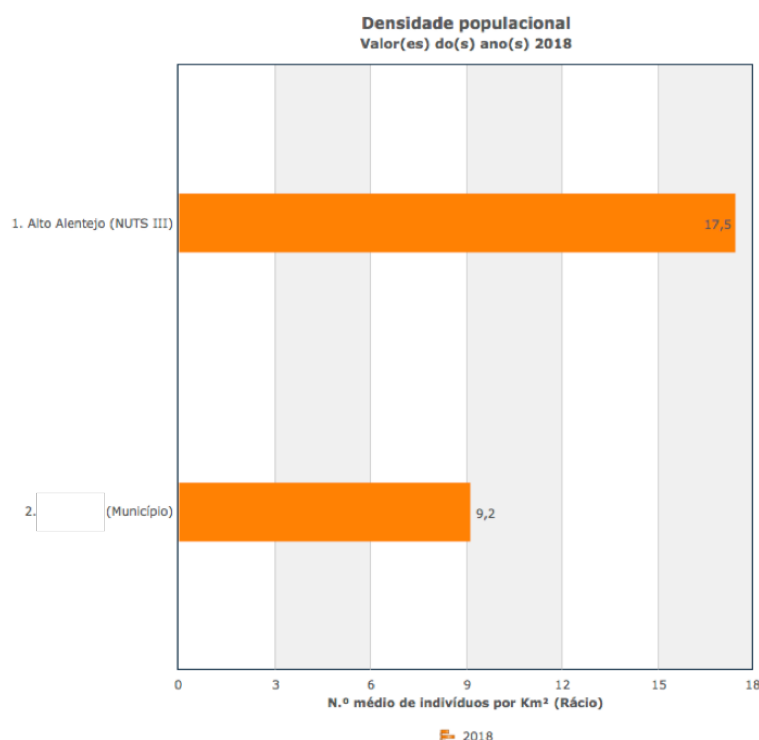
De acordo com os dados do Por Data de 2019, o município alvo de estudo tem uma população residente de 2.840 pessoas como verificamos no Gráfico 7 e uma densidade populacional de 9,2 pessoas por km², sendo que no Alto Alentejo o valor da densidade populacional é de 17,5 pessoas por km², como constatamos no Gráfico 8.

Gráfico 7 – População residente, em Alto Alentejo e Município em Estudo (2019)



Fonte: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5811902>, consultado a 02/06/2020

Gráfico 8 – Densidade populacional, em Alto Alentejo e Município em Estudo (2018)



Fonte: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5786704>, consultado a 19/06/2020

Verificamos que a população em idade ativa é sempre o grupo mais representativo; o grupo dos jovens e o grupo da população em idade ativa têm vindo a diminuir, como podemos constatar na Tabela 1, sendo ainda que o grupo dos idosos tem vindo a aumentar, esta realidade está relacionada com o aumento da esperança média de vida e a diminuição do número de nascimentos, aumenta o número de idosos e diminui o número de crianças e jovens. O ciclo de vida dos indivíduos tem vindo a aumentar a nível nacional; estamos em constante perda demográfica, assistindo à saída das populações mais jovens. São décadas sucessivas de perdas de populações, de indivíduos que deixam estas regiões quando estão a entrar na idade fértil, sendo difícil modificar esta realidade. (Esteves et al, 2016)

Tabela 1 – Número de indivíduos entre 15-64 anos, em Alto Alentejo e Município em estudo (2001, 2011 e 2018)

Territórios	Indivíduo		
	Grandes grupos etários		
	15-64		
Anos	2001	2011	2018
Alto Alentejo	76.655	71.734	64.900
Município em Estudo	1.932	1.863	1.775

Fonte: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5786711>, consultado a 19/06/2020

No que respeita a recursos o município alvo de estudo, possui saneamento básico, rede de eletricidade e água canalizada ao nível das condições de habitação. Em relação à qualidade da água em 2017 segundo o instituto Nacional de Estatística [INE] foram realizadas 213 análises sendo que 97,55 % dessas análises revelaram que a água é segura. Existem no município 2 estações de tratamento de águas residuais.

Em relação a instituições públicas existem no concelho: Câmara Municipal; 3 Juntas de Freguesias; Bombeiros Voluntários; Guarda Nacional Republicana; Centro de Saúde (UCSP; Unidade de Cuidados na Comunidade). De salientar ainda que existe no concelho farmácias.

No que respeita a instituições financeiras existem também valências bancárias. Em relação aos equipamentos sociais, podemos referir que existe a Santa Casa da Misericórdia; Associações, e o Jardim de Infância. O concelho está ainda munido de Associações lúdicas e recreativas.

2.1.3– CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

É extremamente importante garantir o respeito pelos direitos humanos, e tendo em linha de conta que as intervenções de enfermagem devem assegurar a dignidade e a liberdade humana, sendo que a investigação envolve seres humanos, levanta questões morais e éticas. (Fortin, 1999)

Em relação aos princípios éticos e morais, como o direito à autodeterminação, anonimato, confidencialidade e intimidade, Fortin (1999), foram garantidos, uma vez que foi realizado os pedidos de autorização à autora do questionário (Anexo I), e ao Presidente da Unidade Local de

Saúde do Norte Alentejano, Entidade Pública Empresarial [ULSNA, E.P.E.], para a aplicação dos questionários (Anexo II), incluindo ainda o parecer da Comissão Ética (Anexo III).

O consentimento informado, é crucial que seja obtido, uma vez que é o que clarifica que o indivíduo participa de forma livre e esclarecida, encontrando-se assim acauteladas as questões ético-legais, bem como o fundamento da legitimidade quanto ao tratamento dos dados. O consentimento informado foi entregue junto com o questionário (Apêndice I). Este documento foi elaborado em duplicado, de modo a ser disponibilizada uma cópia ao utente.

É ainda imprescindível garantir ao indivíduo que os dados estão protegidos, ou seja, que os questionários são anónimos. Posto isto, consideramos que foram cumpridos todos os procedimentos éticos conforme a Declaração de Helsínquia de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato). Ainda neste âmbito, foi encaminhado pelo Presidente pedido de parecer da Comissão de Ética da ULSNA, E.P.E., que veio deferido, conforme podemos constatar no Anexo III e corroborar com a Lei N. 58/2019 de 8 de Agosto de 2019 cuja finalidade é “defender os direitos, liberdades e garantias das pessoas singulares no âmbito dos tratamentos de dados pessoais.”.

Neste sentido, todos os participantes que tiveram intervenção no projeto e nas atividades programadas foram realizadas de forma livre, esclarecida e voluntária, podendo desistir da participação a qualquer momento.

2.1.4 – POPULAÇÃO ALVO

No processo de planeamento e indispensável a participação da população, sendo que a população-alvo pode entrar não só na implementação como também na elaboração dos projetos que lhe são dirigidos, sendo esta participação comunitária um aspeto importante da organização (Tavares, 1990). Uma população consiste num conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. (Fortin, 2009)

Tendo em conta a população de indivíduos com diabetes num total de 394 indivíduos, segundo dados da UCSP, optamos por seleccionar uma população alvo, daí termos delineado critérios de inclusão, que infracitamos.

Foi intenção abranger neste estudo, indivíduos entre os 18 anos de idade e os 65 anos (inclusive), terem diagnosticado diabetes tipo 2 e estarem inscritos na UCSP do Centro de Saúde onde

se realiza o estudo, bem como serem residentes no concelho em estudo, ficando por isso com uma população alvo de 99 indivíduos.

A amostra representa um subconjunto da população, sendo que neste caso foi selecionada de acordo com critérios considerados importantes, pelo que não foi uma amostra probabilística, sendo por conveniência e intencional, uma vez que após contacto telefónico dos 99 indivíduos com diabetes tipo 2, foi incluso no estudo para além de quem cumpria os critérios supracitados, os indivíduos que compareceram a consulta de diabetes agendada para as primeiras 2 semanas e que aceitaram participar no estudo, sendo realizado a colheita de dados, o que fez um total de 30 utentes.

Os critérios de exclusão foram: utentes institucionalizados; utentes com demências incapazes de responder aos questionários, utentes que recusaram participar no projeto e utentes que não frequentaram consulta de diabetes no período de colheita de dados.

Realizou-se a colheita de dados, onde foram aplicados os questionários mediante os critérios de inclusão a 30 utentes que compareceram à convocatória telefónica para consulta de diabetes entre 05 de Junho a 19 de Junho de 2019, aos quais foi efetuado um questionário sociodemográfico (Anexo IV) e a escala de atividades de autocuidado com a Diabetes (Anexo V), bem como assinar o consentimento informado, livre e esclarecido, para a participação do estudo, sendo sempre passível de desistência do estudo em qualquer fase. O consentimento informado foi feito em duplicado, ficando uma cópia com a pessoa questionada.

Posteriormente os dados foram inseridos no programa informático Statistical Package for the Social Sciences, IBM® SPSS® Statistics versão 24, tendo-se recorrido à estatística descritiva.

2.1.5 – INSTRUMENTOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

O instrumento de colheita de dados selecionado foi um questionário com a caracterização sociodemográfica da amostra, descrevendo os indivíduos relativamente à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional. Ainda no mesmo questionário foram avaliados os antecedentes pessoais no que diz respeito aos anos de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, o tipo de terapêutica, as patologias presentes e a existência de complicações decorrentes da diabetes.

Foi ainda aplicado uma Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos et al (2007) da escala "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000).

Esta escala é constituída por sete dimensões: Dimensão 1 – “Alimentação Geral”; Dimensão 2 - Alimentação Específica”; Dimensão 3 – “Atividade Física”; Dimensão 4 – “Monitorização da

Glicemia Capilar”; Dimensão 5 – “Cuidado com os Pés”; Dimensão 6 – “Medicamentos”; Dimensão 7 – “Hábitos Tabágicos”. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e o sete a mais favorável.

No que diz respeito à dimensão 2 (alimentação específica), as questões que se encontram numeradas de 2.1 a 2.7, pontuariam pela negativa segundo os autores, assim para o cálculo da média da adesão às atividades de autocuidado, estas foram recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0.

Deste modo, realizou-se um estudo transversal de abordagem quantitativa, com um desenho descritivo, com uma amostragem não probabilística por conveniência e intencional, como já foi referido anteriormente.

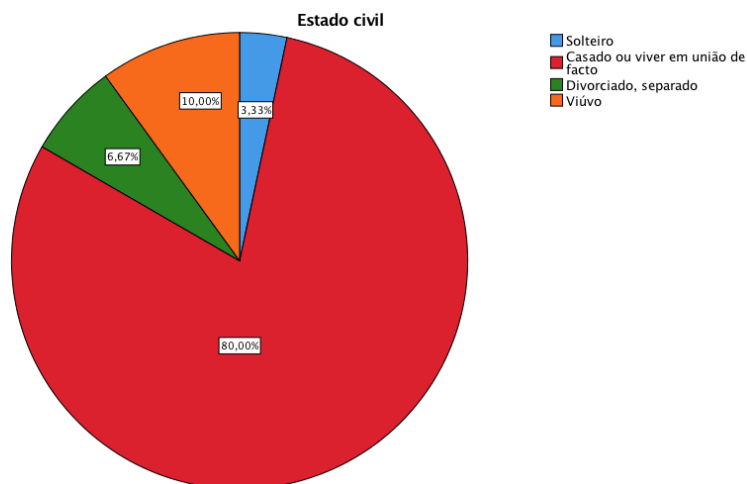
Após a aplicação dos questionários e analisando todos os indicadores supracitados ao longo deste projeto vamos identificar as necessidades/problemas.

2.1.6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Relativamente ao questionário socio demográfico, dos 30 doentes diabéticos que compõem a amostra do estudo, 36,7% correspondem a doentes diabéticos do **sexo** masculino e 63,3% do sexo feminino, sendo que 80% tem **idades** compreendidas dos 51 aos 65 anos (inclusive). A amostra deste estudo inclui, na sua generalidade, pessoas do sexo feminino. Este facto surpreendeu-nos uma vez que segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes em Portugal no ano 2015 verificava-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre os homens e mulheres, sendo esta mais frequente no sexo masculino. (SPD, 2016)

No que respeita, ao **estado civil** 80% são casados ou viver em união de facto, podemos observar que a amostra é maioritariamente casada (24 pessoas), sendo possível contatar mediante o gráfico 9.

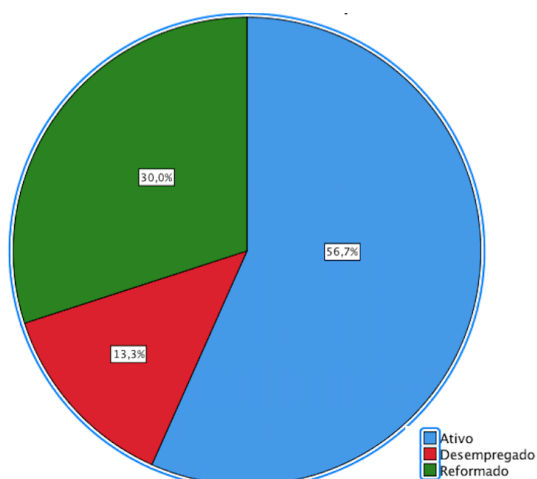
Gráfico 9 – Distribuição da amostra conforme estado civil



Fonte: Elaborado pela mestranda, com base nos questionários aplicados

A mudança do estilo de vida pode ser uma mais valia se o suporte social facilitar o bem-estar das pessoas com doenças crónicas e a adoção de estilos de vida saudáveis. (Noriega, A., Jiménez, C. & Monterroza, M., 2017). Analisando as **habilitações literárias**, 70% dos inquiridos tem até 9º ano de escolaridade, em relação à **atividade profissional** a maioria está no ativo, com 56,7%, sendo que os reformados e desempregados tem 43,3%, como podemos corroborar com o gráfico 10.

Gráfico 10 – Distribuição da amostra conforme atividade profissional



Fonte: Elaborado pela mestranda, com base nos questionários aplicados

No que respeita, à **área profissional** podemos referir que 58,8% pertencem a área da saúde, restauração e forças de segurança, pelo que os trabalhos por turnos e/ou noturno pode contribuir para alterações a vários níveis, desde gastrointestinais, epilepsia, passando pela diabetes. (Neto, 2014)

Em relação ao item **terapêutica da diabetes**, constatamos que 90% faz antidiabéticos orais. Sendo a diabetes uma doença crónica no que diz respeito à terapêutica é importante que o tratamento passe não pela cura, mas pelo autocontrolo da pessoa com diabetes, sendo que a adesão ao tratamento deve passar não só pela adesão ao tratamento farmacológico (quer seja antidiabéticos orais e/ou insulina), mas acima de tudo por o diabético adquirir comportamentos saudáveis, mudança de comportamentos e estilos de vida (Bastos, F., Milton, S., & Lopes, C., 2007)

Perante os resultados verificamos que 46,7% dos doentes tem outras **patologias associadas** à diabetes, sendo que 36,6% apresenta hipertensão de forma isolada ou associada a outras patologias e mais especificamente o que diz respeito a hipertensão, os dados são corroborados pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016), que refere que a diabetes é uma das principais causas de morte, estando associada à doença coronária, HTA e ao acidente vascular cerebral. Analisando o resultado com um estudo no Alentejo no ano de 2018 constatamos que os dados são sobreponíveis, sendo a hipertensão uma patologia associada ao doente diabético. (Sadio, 2018)

No que concerne a **complicações da diabetes**, a maioria com 90% não apresenta, sendo que os restantes 10% apresenta retinopatia diabética. As complicações consequentes da diabetes mellitus, 27 dos 30 utentes que constituem a amostra, não as referenciam, mas 3 pessoas referem ter complicações (retinopatia diabética) devido à diabetes. Sendo que a amostra é compreendida entre os 18 anos e 65 anos é expectável que não exista muitas complicações da doença, o que contrasta com o estudo em 2018 (Sadio, 2018), que refere que 33,3% referem complicações da diabetes, entenda-se que a população é acima dos 65 anos.

O que se revela imperioso a atuação do enfermeiro por forma a promover um autocuidado do doente diabético para que não exista a continuidade de hiperglicemias que originam lesões nos tecidos, nomeadamente a nível dos olhos, nervos periféricos e sistema vascular, rins e coração (SPD, 2016)

Ulteriormente será descrito os resultados referentes à **dimensão alimentação geral** que contempla em quantos dos últimos sete dias segue uma alimentação saudável, quantos dias por semana segue um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde e em quantos dos últimos

sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa), sendo que constatamos uma média de 5 dias para a dimensão supracitada.

No que se refere a **dimensão alimentação específica**, verificamos perante os resultados obtidos que a média é de 2,51 dias, de consumo de carnes vermelhas, hidratos de carbono, álcool e açúcares. Demonstramos mais especificamente a Figura 1, referente aos itens que constituem a dimensão, em que podemos verificar que em média 3,37 dias é consumido carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito) e praticamente metade dos doentes come pão acompanhado com o almoço e jantar, com uma média de 3,47 dias.

Constata-se ainda em relação à mistura, no acompanhamento de dois ou mais alimentos (arroz, batata, massa, feijão), que 3,2 dias da semana existe um consumo desses alimentos de forma conjunta.

No que concerne às questões sobre bebidas alcoólicas, verifica-se que a média de dias da semana é de 1,03 quando o consumo de bebidas é fora das refeições e 1,17 dias para consumo às principais refeições.

Relativamente à dimensão alimentação e segundo a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal é importante a alimentação saudável, que é uma alimentação equilibrada, variada e fracionada, sendo que a pessoa com diabetes deve consumir fruta e legumes todos os dias, nomeadamente 3 a 5 porções. Relativamente às proteínas, metade da ingestão deve ser de origem animal e a outra metade de origem vegetal. Deve-se dar preferência ao consumo de peixe e ao consumo de carnes brancas, do que ao consumo de carnes vermelhas, que não deve ser superior a duas vezes por semana, sendo que como podemos constatar o consumo de carnes vermelhas está acima do recomendado, uma vez que a média é de 3,37 dias. (APDP, 2017)

No que concerne ao consumo de alimentos doces como bolo, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate, podemos constatar na Tabela 1 que em 2,77 dias existe consumo desses alimentos e 2,6 dias as bebidas foram adoçadas com açúcar. Segundo Teixeira (2019:IV) “...os problemas de saúde mais frequentemente associados ao consumo excessivo de açúcar são diabetes, excesso de peso/ obesidade e problemas cardiovasculares e de saúde dentária.”.

Verificamos assim um défice de autocuidado nesta área da alimentação específica.

Fazendo o paralelismo entre os dados obtidos e a literatura, constatamos que a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal refere ainda que a ingestão de hidratos de carbono são importantes uma vez que são uma fonte energética do sistema nervoso central e permite a síntese proteica, mas devem ser consumidos entre as refeições e não às refeições, muito menos misturando

outros hidratos de carbono como as massas, o arroz, porque todos estes alimentos se transformam na mesma quantidade de açúcar tendo o mesmo efeito na subida da glicemia, o que revela mais uma vez défice de autocuidado uma vez que a mistura de acompanhamentos (massa, arroz, batata...) tem uma média de 3,2 dias. (APDP, 2017)

Estamos perante uma região onde é muito comum o consumo de sopa que é constituída na sua maioria por batata e leguminosas.

Se corroborarmos os resultados obtidos em relação ao consumo de álcool com a literatura do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], contatamos que vai ao encontro do esperado, uma vez que a amostra é maioritariamente feminina e que segundo dados de 2018 do Relatório Anual em matéria de álcool, o sexo feminino é o que menos consome em relação ao masculino. (SICAD, 2018)

Tabela 2 – Tabela de média de dias por semana de acordo com a dimensão alimentação específica da escala de atividades de autocuidado da diabetes

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	30	0	7	3,37	2,008
Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço e jantar?	30	0	7	3,47	2,897
Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	30	0	7	3,20	2,074
Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	30	0	7	1,17	2,052
Em quantos dos últimos sete dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	30	0	7	1,03	2,141
Em quantos dos últimos sete dias comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?	30	0	7	2,77	1,924
Em quantos dos últimos sete dias adoçou as bebidas com açúcar?	30	0	7	2,60	2,931
N válido (de lista)	30				

Fonte: Elaborado pela mestranda, com base nos questionários aplicados

Em relação à **dimensão atividade física** verificamos perante a análise de dados que nos últimos sete dias os doentes praticaram atividade física durante pelo menos 30 minutos, com uma média de 3,13 dias. No que respeita a questão em quantos dos últimos sete dias praticou uma

sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho, concluímos que em 2,83 dias efetuam sessão de exercício físico específico.

A terceira categoria relativa à atividade física é observável um défice de autocuidado, porque em média a amostra tem 3,13 dias de atividade física na última semana, obtendo casos onde a atividade física é nula, esse défice é revelador de uma cultura sedentária, onde desde crianças não é adquirido o hábito do desporto, nem mantido enquanto adultos, pelo que é importante intervir para que a prática de atividade física se reflita enquanto idosos, obtendo dessa forma ganhos em saúde.

A atividade física está segundo um estudo no Brasil associada a níveis de hemoglobina glicada mais satisfatórios em relação aos que não praticam atividade física ou praticam pouco (Kolchraiber, 2018)

Em relação a dimensão **monitorização da glicémia** podemos verificar que os inquiridos avaliam o açúcar no sangue numa média de 4,47 dias, sendo que 4,33 dias é a média de avaliação recomendada pelo enfermeiro, médico ou farmacêutico, pelo que podemos constatar perante os dados apresentados que existe uma avaliação superior em média de dias em relação ao recomendado pelos profissionais de saúde.

Em relação aos resultados obtidos dos **cuidados com os pés**, podemos referir numa média de 5,7 dias os questionados examinam os pés, sendo que em relação a questão sobre quantos dias lava os pés, estes referem que o fazem todos os dias. Em relação ao número de dias que secam os espaços entre os dedos, depois de os lavar, referem tê-lo feito em 6,87 dias. Este é um cuidado de extrema relevância uma vez que pode existir comprometimento da circulação e sensibilidade das extremidades, principalmente dos pés.

No que respeita à análise dos dados sobre **medicamentos** constatamos perante os dados obtidos que 6,7 dias fazem os medicamentos conforme o que lhes foi indicado.

Por fim foi analisado os **hábitos tabágicos**, sendo que foi verificado que dos indivíduos inquiridos apenas dois são fumadores ativos o que perfaz 6,7% da amostra, os restantes nunca fumaram (76,7%) e 16,7% não fumam há mais de dois anos.

Os problemas de saúde identificados “deverão ser definidos a nível da saúde da população e não a nível dos serviços ou dos factores condicionantes.” (Imperatori & Giraldes, 1982: 22). Para ser possível obter ganhos em saúde, o planeamento em saúde deverá identificar os problemas mais relevantes junto das comunidades.

De acordo, com o que foi referido anteriormente, e reforçando que os dados obtidos estão de acordo com a evidência disponível e não de acordo com um diagnóstico da situação concreto, identificaram-se os seguintes problemas para o corrente projeto:

- Maus hábitos alimentares;
- Sedentarismo;
- Inadequada monitorização da glicémia;

Posteriormente, foram determinadas as prioridades perante os problemas identificados.

2.2– DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda fase da metodologia do planeamento em saúde. É “por esse motivo condicionada pela etapa anterior: o diagnóstico da situação, e determinará a seguinte: a fixação de objetivos.” (Imperatori & Giraldes, 1982:29)

Este estadio não é mais que um processo de tomada de decisão tendo em vista a conformidade do que se planeia. É fundamental eleger prioridades, de forma a perceber que problemas se devem tentar resolver primeiramente, perante uma utilização dos recursos de forma eficaz. (Tavares, 1990)

“A definição de prioridades tem pelo menos duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos.” (Imperatori & Giraldes, 1982:30)

É necessário definir critérios para determinar as prioridades, bem como a respetiva ponderação. “Todos os processos de decisão englobam sempre, de forma mais ou menos explícita, a adopção de critérios ponderados, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis.” (Tavares, 1990:86) Esta seleção acaba por se tornar um pouco subjetiva, daí que seja importante a “explicação dos critérios utilizados na escolha objetivando o valor e limitações do plano.” (Imperatori & Giraldes, 1982:31).

Existem três critérios essenciais para a definição das prioridades: a magnitude do problema, a transcendência e a vulnerabilidade. A magnitude aborda o problema pela dimensão da população atingida. A diabetes é considerada de elevada magnitude, uma vez que atinge cerca de 13,3% da população portuguesa. Relativamente à transcendência pondera a valorização do problema segundo grupos etários, as repercussões sociais e económicas do problema na população. A diabetes deve ser trabalhada, à luz da transcendência, uma vez que, estamos perante diferentes faixas etárias, devemos ter como objetivo a correta gestão da doença e a prevenção de complicações, para reduzir as repercussões a nível económico e funcional das famílias e da sociedade.

Em relação à vulnerabilidade e sendo que esta se relaciona com o modo de resposta perante os recursos disponíveis. (Imperator & Giraldes, 1982)

Assim sendo, a diabetes assenta no critério da vulnerabilidade, devido ao facto de ser necessário melhorar as competências e os recursos para capacitar o indivíduo para o autocuidado e desta forma ter ganhos em saúde e redução das complicações.

Na definição de prioridades, temos ainda de ter em linha de conta mais regras, como sejam: nível de conhecimento da relação entre o problema e fatores de risco, a gravidade do problema, se é ou não pertinente executar um projeto, a flexibilidade de recursos, a capacidade de executar um projeto dos pontos de vista técnico, deontológico, económico, da execução, da legalidade, bem como a própria aceitação do projeto pelos profissionais e pela população. (Tavares, 1990)

Para a determinação das prioridades utilizamos a técnica de Comparação por Pares e o Método de Hanlon. A técnica de Comparação por Pares recai sobre dois problemas de cada vez, comparando cada um com todos os outros. Para cada par indicar-se qual o problema considerado mais relevante; a ordem final alcança-se contando o número de vezes que cada problema foi considerado o mais importante. (Tavares, 1990).

Apresentamos na Tabela 3 a comparação por pares efetuou-se, com a equipa multidisciplinar da UCSP, sendo que A corresponde ao problema Maus hábitos Alimentares; B corresponde ao problema Sedentarismo e o C corresponde a inadequada monitorização da glicémia.

Tabela 3 – Comparação por Pares

Problemas	Comparação por Pares		Valor Final (através do número de vezes que o problema foi escolhido)	Porcentagem
A	A B	A C	A = 2	67 %
B	B A	B C	B = 1	33 %
C	C A	C B	C = 0	0 %

Fonte: Construção Própria, baseada em (Tavares, 1990)

Como se pode constatar pelos resultados obtidos, o problema prioritário é o A, que corresponde ao problema maus hábitos alimentares, seguido pelo B, que é o problema de sedentarismo e o C que é a inadequada monitorização da glicémia.

O Método de Hanlon permite estabelecer prioridades de acordo com 4 critérios: A – Amplitude ou Magnitude do Problema; B – Gravidade do Problema; C – Eficácia da Solução (ou a vulnerabilidade do problema) e o D – Exequibilidade do projeto ou da intervenção. (Tavares, 1990)

O ordenamento dos problemas é obtido pelo cálculo da fórmula:

$$\text{Valor de prioridade} = (A + B) C \times D$$

A fórmula será aplicada a cada uma das prioridades. A cada um dos critérios será atribuído um peso, partindo de uma escala pré-determinada. (Tavares, 1990)

A determinação de critérios e o respetivo peso atribuído resulta de um consenso entre os elementos da equipa da UCSP (equipa de peritos). Os três problemas encontrados no diagnóstico da situação. Apresentamos na Tabela 4 a operacionalização do Método de Hanlon.

Tabela 4 – Operacionalização do Método de Hanlon

A – Amplitude ou magnitude do problema (0 a 10): • 0 • 2 • 4 • 6 • 8 • 10	B – Gravidade do problema (0 a 10): • 0 • 2 • 4 • 6 • 8 • 10
C – Eficácia da solução (0,5 a 1,5): • 0,5 – solução difícil • 1 – solução razoável • 1,5 – solução fácil	D – Exequibilidade do projeto ou da intervenção (0 a 1), integra cinco componentes descritos pela sigla PEARL (P – pertinência, E – exequibilidade económica, A – aceitabilidade, R – disponibilidade de recursos, L – legalidade): • 0 – não exequível • 1 - exequível

Fonte: Construção Própria, Pereira, 2016

Podemos observar na Tabela 5 a ordenação dos três problemas de acordo com o Método de Hanlon.

Tabela 5 – Hierarquização de Prioridades de acordo com o Método de Hanlon

Problemas	A	B	C	D	(A + B) C x D
Maus hábitos Alimentares	6	8	1	1	14
Sedentarismo	4	6	1	1	10
Inadequada monitorização da glicémia	4	4	1	1	8

Fonte: Construção Própria, Pereira, 2016

De acordo com os cálculos feitos, os problemas ficaram hierarquizados pela seguinte ordem: 1º Maus hábitos alimentares; 2º Sedentarismo e 3º Inadequada monitorização da glicémia.

2.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS/INDICADORES E METAS

A definição de objetivos é a terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta fase é essencial, no sentido de que “apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.” (Imperatori & Giraldes, 1982:43). A etapa dos objetivos equivale “...aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos.” (Tavares, 1990:113)

Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. (Tavares, 1990)

A análise e discussão pela equipa de peritos dos dados observados após o diagnóstico da situação, levou-nos aos aspetos que considerámos mais significativos: existe prevalência de maus hábitos alimentares, bem como uma prevalência de sedentarismo em detrimento de uma inadequada monitorização da glicémia.

2.3.1 - Objetivos

No que concerne ao presente projeto tem como objetivo geral **promover o autocuidado da pessoa com a diabetes tipo 2.**

Relativamente aos objetivos específicos, foram delineados os seguintes:

- Caraterizar os hábitos alimentares e prática de exercício físico das pessoas com diabetes tipo 2
- Aumentar os conhecimentos da pessoa com diabetes tipo 2 sobre os benefícios de uma alimentação saudável
- Aumentar os conhecimentos da pessoa com diabetes tipo 2 sobre os benefícios da prática da atividade física regular

2.3.2 –Indicadores e Metas

O objetivo operacional ou a meta “é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.” (Imperatori & Giraldes, 1982:48) Para cada um dos objetivos específicos foram enumeradas metas e indicadores que vão permitir a monitorização e avaliação durante o processo e atividade.

Objetivo 1 – Caraterizar os hábitos alimentares e prática de exercício físico das pessoas com diabetes tipo 2

Indicador: % de respostas aos questionários sobre hábitos alimentares e prática de exercício físico pela população alvo do projeto

Meta: Caracterização dos hábitos alimentares e prática de exercício físico da totalidade (100%) da população aderente ao projeto de intervenção.

Nº de questionários sobre hábitos alimentares e prática de exercício aplicados

X100%

nº de pessoas com diabetes tipo 2 que aderiram ao projeto de intervenção

Objetivo 2 – Aumentar os conhecimentos da pessoa com diabetes tipo 2, que frequente todo o ciclo formativo do projeto de intervenção, sobre os benefícios de uma alimentação saudável

Indicador: % de pessoas com diabetes tipo 2 da população aderente a todo o ciclo formativo do projeto de intervenção, que demonstram ter aumentado os seus conhecimentos sobre os benefícios de uma alimentação saudável

n.º de pessoas com diabetes que demonstram ter aumentado os conhecimentos sobre os benefícios de uma alimentação saudável

n.º de pessoas com diabetes tipo 2 aderentes a todo o ciclo formativo do projeto

Indicador: % de pessoas com diabetes tipo 2 da população aderente a todo o ciclo formativo do projeto de intervenção que demonstram ter aumentado os seus conhecimentos sobre os benefícios da prática de atividade física regular

n.º de pessoas com diabetes tipo 2 que demonstram ter aumentado os conhecimentos sobre os benefícios da prática de atividade física regular X100%

n.º de pessoas com diabetes tipo 2 aderentes a todo o ciclo formativo do projeto

2.4 –SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A 21 de Novembro de 1986 realizou-se a *First International Conference on Health Promotion*,

uma conferência que teve lugar em Ottawa e onde surgiu o conceito de promoção de saúde.

Esta conferência teve lugar seis anos depois da reunião de Alma-Ata que instituiu os princípios para os Cuidados de Saúde Primários a nível mundial na Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata. (Ribeiro, 2015)

Nesta conferência os trabalhos concentraram-se essencialmente nas necessidades dos países industrializados, mas também tiveram em linha de conta preocupações idênticas em todas as outras regiões. (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016a)

A Carta de Ottawa apresenta a Promoção da Saúde como um

“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.” (DGS, 2016a)

A promoção da saúde não é da exclusiva responsabilidade do setor da saúde, uma vez que, com vista a alcançar o bem-estar, é necessária a adoção de estilos de vida saudáveis. São ainda delineadas as condições e os recursos fundamentais para a saúde: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A melhoria da saúde ocorre da garantia destas condições básicas. (DGS, 2016a)

Para o empoderamento das pessoas participantes no estudo, selecionamos estratégias para promover a saúde dos mesmo, quer seja para obter resultados a nível individual ou de grupo, pelo que foram selecionadas as seguintes estratégias:

- Articulação e Parceria com a Câmara Municipal, Junta de Freguesia, Padaria Local;

O crescimento desta parceria foi vital, uma vez que permitiu mobilizar recursos disponíveis na comunidade e como refere Stanhope & Lancaster, (2011), é relevante que haja a conceção de uma relação entre as pessoas e as organizações, para que todas as partes funcionem em conjunto para alcançar uma meta análoga a todos. Para a execução de todas as atividades tornou-se imprescindível, a participação da Câmara Municipal e da Junta de Freguesia, que dispõem de recursos

materiais e humanos e desta forma foi viável uma verdadeira participação comunitária e consequentemente o êxito do projeto.

Na primeira quinzena do estágio reunimos com toda a equipe multidisciplinar com o intuito de dar a conhecer e delinear o projeto de forma a adapta-lo as necessidades da população. Foi efetuado o contacto telefónico, pela enfermeira orientadora e mestrandas, com a Câmara Municipal e Junta de Freguesia para expor o projeto que se pretendia desenvolver, seus objetivos e respetivas intervenções, para melhor articulação/parceria com as entidades locais

Desta forma, foi solicitado a colaboração para a utilização da sala, pertencente à Câmara para a execução das sessões de educação para a saúde e atividades para o dia 14 de novembro e 6 de Dezembro de 2019, sendo que obtivemos uma resposta positiva da instituição. Posteriormente foi feita a articulação com os funcionários da sala, para que no dia das atividades decorressem como estava organizado, verificando as condições da sala e especificamente da cozinha para a realização do Showcooking, que permite uma maior interação

Na semana antecedente a 14 de novembro decorreu duas reuniões: uma com a enfermeira orientadora, a mestrandas e o pasteleiro; a outra reunião com a equipa multidisciplinar (enfermeiros, a mestrandas, médicos, a Nutricionista da URAP e a Fisioterapeuta do CS), no sentido de alicerçar os objetivos do projeto e de delinear as atividades pretendidas, bem como a sua coordenação. Envolvendo desta forma a equipa multidisciplinar.

- Articulação e Parceria com a Associação Conviver com a Diabetes e Laboratório Indústria Farmacêutica:

Estas duas parcerias foram de extrema importância na medida em que permitiram a utilização de material educativo para oferecer aos participantes nas sessões de educação, com vista a promover o *empowerment* individual, tendo em linha de conta as tomadas de decisão, as necessidades e prioridades de aprendizagem, adaptando assim a gestão da sua doença.

Planeamento e implementação do processo de intervenção educacional em grupo, através da educação para a saúde, com o apoio da ferramenta educação pedagógica nomeadamente *Conversation Map™ Kit*, designada posteriormente no decorrer do trabalho por “Mapas de Conversação”, sendo estes pertencentes à Associação Conviver com a Diabetes, pelo que a parceria foi de extrema pertinência, quer para a realização da atividades no decorrer do projeto quer para uma possível continuidade do mesmo.

Os “mapas de conversação” que tem como *Sponsored* em Portugal um Laboratório Farmacêutico. São uma ferramenta educacional testada cientificamente, que permite a pequenos grupos

poderem informalmente conversar e partilhar experiências/ações que permitem contruir numa aprendizagem em grupo da melhor conduta a adotar para um maior autocontrole da doença.

Neste contexto, utilizamos o mapa de conversação intitulado “Alimentação Saudável e Atividade Física” (Anexo VI).

Os mapas de conversação possibilitam uma aquisição de conhecimentos e experiências através da partilha de pares, sendo o enfermeiro apenas intermediário norteador apenas a conversa e a interpretação visual do mapa que ajuda na absorção/consolidação de conhecimentos. Carece da parte do enfermeiro uma agilidade e experiência para orientar a sessão, sendo esse um agente facilitador por parte da mestrandia, uma vez que usa os mapas aquando do exercício da profissão.

- Preparação de sessões de educação para a saúde a um grupo de pessoas diabéticas com diabetes mellitus tipo 2 inscritos na UCSP;

Segundo a OE (2011) a educação para a saúde cria condições para que se adquiram conhecimento e competências imprescindíveis para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco, tornando-se assim uma estratégia importante para o desenvolvimento do projeto.

Assim, o pretendido foi promover a literacia na área da diabetes à população em estudo através de sessões de educação para a saúde nomeadamente ao nível da alimentação e exercício físico, indo ao encontro das necessidades prioritárias identificadas durante o diagnóstico de saúde.

Assente no Plano Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes e o resultado do diagnóstico de saúde realizado, as zonas de ação prioritárias foram a alimentação e atividade física, com o intuito de incentivar ao autocuidado, sendo aqui as incidências das educações para a saúde planeadas. Para melhor entendimento podemos visualizar os planos de sessão (Apêndice III), bem como as educações para a saúde realizadas (Apêndice IV), sendo que não se encontra visível a parte das apresentações referentes aos palestrantes convidados, por estas serem pessoais e intransmissíveis.

- Criar mecanismo de informação à população;

É necessário que as pessoas tenham conhecimentos e competências na área da saúde para puderem participar nas decisões, como já anteriormente foi referido pelo que foi imprescindível a articulação da Câmara Municipal com o meio de comunicação (Jornal), articulação essa que foi feita internamente, para estarem presentes nas sessões de educação para a saúde, sendo que a pri-

meira de forma premeditada coincidiu com Dia Mundial da Diabetes. Feita disseminação do projeto por parte do jornal (físico/digital), quer pelas fotos divulgadas quer pela própria notícia e a entrevista da mestrand. (Anexo VII)

Foi também realizada a divulgação na página da rede social, que foi de extrema importância para dar a conhecer o projeto e assim abranger toda a população, de forma mais célere.

Criação de um logótipo e a página numa rede social, que devido a rapidez de propagação e aceitação, ainda hoje se encontra ativa, sendo essa uma estratégia de readaptação, devido à necessidade que se fez sentir por parte das pessoas que não conseguiam estar presentes nas sessões mas que queriam ter acesso a informação.

Relativamente ao logótipo, o mesmo foi criado para melhor identificação do projeto quer em cartazes (Apêndice VII), quer na rede social. Tem como memória descritiva um coração em movimento em que a cor verde representa o autocuidado e o vermelho representa a saúde, sensação de movimento que evidencia uma contante mudança para alcançar o bem-estar, como podemos visualizar na Fig 11.

Figura 11 – Logótipo do Projeto (Con)viver Melhor com a Diabetes



Fonte: Construção Própria com apoio do Programa Photoshop®

- Avaliação das sessões e atividades desenvolvidas;

Foi efetuada no final de cada sessão a avaliação da adesão, assim como a adesão às atividades contando o número de participantes:

Indicador: % de presenças na sessão/atividade

Meta: Que pelo menos 80% das pessoas com diabetes tipo 2 da população em estudo frequente as sessão/atividade

$$\frac{\text{Número de participantes na sessão/atividade}}{\text{Número de participantes convocados}} \times 100$$

Para Tavares (1990), a escolha das estratégias a utilizar deve ter em conta os seguintes parâmetros: os custos, obstáculos, pertinência, e vantagens e inconvenientes de cada estratégia.

As estratégias foram elaboradas tendo em conta os custos/benefícios, baseando-se em articulações e parcerias com diversas entidades. Sendo que as sessões de educação para a saúde, permitem atingir os objetivos de forma eficaz, sem por em causa o custo do projeto. Neste contexto, Tavares (1990:150) refere que “Ao seleccionar-se uma estratégia convém ter a noção exata do que se está a sacrificar pelo facto de não se ter escolhido outra”. Para Branquinho (2018:62) as parcerias “permitem uma gestão eficiente dos meios utilizados e recursos”.

Na seleção das estratégias foram identificados os seguintes potenciais obstáculos, para os quais se elaboraram soluções:

- Limitação do tempo;
- Dificuldade no envolvimento da equipa multidisciplinar na UCSP: Realização de reuniões formais de forma a dar a conhecer a importância e pertinência da implementação do projeto;
- Dificuldade no envolvimento da Câmara no projeto: Realização de reuniões formais, de forma a dar a conhecer o projeto, e importância da implementação na comunidade diabética tipo 2;
- Fraca adesão dos utentes diabéticos tipo 2 nas sessões de educação para a saúde, uma vez que a maioria está em idade ativa: Transmissão de informação de forma apelativa, como o showcooking e sessão de atividade física de forma a incentivar a participação do grupo alvo, bem como informação pela página de rede social;
- Carência de recursos humanos e materiais: Estabelecer parcerias com várias entidades.

2.5 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL

No planeamento em saúde, qualquer uma das suas fases está ligada à anterior e à seguinte, sendo este um processo contínuo e por vezes retroativo, o que faz dele mais moroso, mas ao mesmo tempo torna-o mais pecunioso (Imperator & Giraldes, 1993).

A preparação da execução é a etapa do planeamento, que surge com o intuito de aprendizagem. Pretende mostrar as relações existentes entre as diferentes atividades, evitar sobreposições e acu-

mulação excessiva de tarefas em determinados períodos, detetar dificuldades na execução, antecipar recursos e auxiliar a realização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após o delinear de estratégias, torna-se imperioso executá-las, com o recurso a atividades. Estabelecemos assim um programa onde fica explanado quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda ser definido quem ficará responsável de as dirigir e executar (Imperatori & Giraldes, 1993).

Relativamente às estratégias anteriormente planeadas foram elaboradas as respetivas atividades e recursos esperados.

2.5.1 – Previsão de Recursos

Para Tavares (1990:151) os recursos humanos deverão ser pormenorizados o quanto possível, pois “Um bom planeamento de pessoal conduz potencialmente à elaboração de bons projetos.” Deverá usar-se esse recurso de forma mais eficaz possível, “utilizando este recurso da maneira mais produtiva possível, minimizando os custos, nunca esquecendo que se trata de pessoas.” (Tavares, 1990: 152)

Parte integrante dos recursos humanos são os *Stakeholders* que consistem em “Qualquer pessoa, grupo ou organização que de alguma forma está envolvida ou é afetada pelo desempenho do organismo (ou projeto) e/ou tem interesse no meio ambiente em que este atua” (DGS, 2017: 54)

As entidades/elementos envolvidos no projeto foram os seguintes:

- Gestor do Projeto: Mestranda
- Equipa de gestão e execução do projeto: Equipa da UCSP do Centro de Saúde em estudo;
- Sponsor: UCSP; Câmara Municipal; Junta de Freguesia; Associação Conviver com a Diabetes; Jornal Local; Laboratório Farmacêutico; Padaria Local.
- Stakeholders: UCSP; Fisioterapeuta da UCSP; Nutricionista da URAP; Câmara Municipal; Junta de Freguesia; Associação Conviver com a Diabetes; Jornal Local; Laboratório Farmacêutico; Padaria Local.

2.5.2 – Cálculos dos Custos das Estratégica

Segundo Imperatori & Giraldes (1982: 89) “a determinação do custo do programa é outra componente fundamental do programa.” e constitui “o conjunto das despesas em pessoal, material, equipamento, instalações e encargos gerais. Está descrita na Tabela 6 o orçamento total do projeto.

Tabela 6- Orçamento Total do Projeto

Orçamento total do projeto - Conviver com a Diabetes	Orçamento
Logística	
Computador	100,00 €
Projetor	50,00 €
Tela Projetora	25,00 €
Impressão de Questionários	25,00 €
Impressões de Cartazes	25,00 €
Sala para as Educações para a Saúde	100,00 €
Cozinha para Shoowcooking	25,00 €
Deslocações	
Carro	10,00 €
Mestranda e Equipa UCSP	65,00 €
Palestrantes Convidados	65,00 €
Material Educativo	
Mapa de Conversação	300,00 €
Livros de Bolso sobre Diabetes	50,00 €
Shoowcooking (incluindo chef + material)	100,00 €
Coffe Break	150,00 €
Total do Orçamento	1 090,00 €

Fonte: Construção Própria com recurso à plataforma Smartsheet[®]

Na Tabela 7 é apresentada a estratégia orçamental do Projeto/ Patrocinadores.

Tabela 7 - Estratégia orçamental do Projeto/Patrocinadores

Conviver com a Diabetes	Sponsor	Orçamento		
Logística				
Computador	Cedido pela Câmara Municipal	100,00 €	0,00 €	Aprovado
Projektor	Cedido pela Câmara Municipal	50,00 €	0,00 €	Aprovado
Tela Projetora	Cedido pela Câmara Municipal	25,00 €	0,00 €	Aprovado
Impressão de Questionários	Mestranda	25,00 €	25,00 €	Aprovado
Impressões de Cartazes	Câmara Municipal	25,00 €	0,00 €	
Sala para as Educações para a Saúde	Cedido pela Câmara Municipal	100,00 €	0,00 €	Aprovado
Cozinha para Shoowcooking	Cedido pela Câmara Municipal	25,00 €	0,00 €	Aprovado
Deslocações				
Carro	UCSP e URAP	10,00 €	0,00 €	Aprovado
Mestranda e Equipa UCSP	UCSP	65,00 €	0,00 €	Aprovado
Palestrantes Convidados	UCSP e URAP	65,00 €	0,00 €	Aprovado
Material Educativo				
Mapa de Conversação	Parceria com Associação Conviver com a Diabetes	300,00 €	0,00 €	Aprovado
Livros de Bolso sobre Diabetes	Oferta do Laboratório	50,00 €	0,00 €	Aprovado
Shoowcooking (incluindo chef + material)	Oferta da Padaria Local	100,00 €	0,00 €	Aprovado
Coffe Break	Oferta da Junta de Freguesia	150,00 €	0,00 €	Aprovado
Total do Orçamento		1 090,00 €	25,00 €	Aprovado

Fonte: Construção Própria com recurso à plataforma Smartsheet®

2.5.3 – Cronograma do Projeto/Atividades

O cronograma é uma ferramenta crucial no planeamento e organização das atividades ao longo do tempo, na medida em que serve de referencial para a sua execução, acompanhamento e avaliação do projeto, permite assim uma visão mais ampla em termos de gestão de tempo, e constitui-se também uma forma de ajuda (Carvalhosa, Domingos e Sequeira, 2010).

Para a elaboração do projeto efetuamos o cronograma, que se encontra de forma resumida para ser elegível no Apêndice II.

2.6 – MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A monitorização e avaliação deste projeto tem como objetivo melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, isto é, a partir dos resultados obtidos na população. (Imperatori & Giraldez, 1986). Assim, a monitorização das estratégias implementadas é feita de forma continua para verificarmos a necessidades de correções.

Para as sessões de educação para a saúde foram definidas metas, que permitiram uma avaliação contínua durante a execução do projeto, avaliando assim as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

De modo a procedermos a avaliação do projeto serão reaplicados os questionários iniciais as pessoas com diabetes tipo 2 que completaram todo o ciclo formativo, foram contactados telefonicamente em janeiro do presente ano para a reaplicação do questionário, permitindo-nos assim comparar os resultados iniciais com os finais.

2.6.1 – Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas

Foram definidos **indicadores de estrutura e processo**, para as sessões de educação para a saúde que permitiram uma avaliação contínua ao longo da execução de projeto e pretendem medir a atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde. De modo a revelar os resultados dos indicadores descritos foi efetuada a tabela 8, verificando-se que foram alcançadas a maioria das metas estabelecidas.

Tabela 8 - Metas e Indicadores do Processo

Indicadores de Processo - Sessões de Educação para a Saúde				
Meta	Indicador de Processo	14/11/19	21/11/19	06/12/19
Que 80% de participantes na sessão devem estar presentes	Taxa de Adesão Número de participantes na sessão-atividade/Número de participantes convocados x 100	83%	33%	83%
Que 80% dos utentes nas sessões consideram importante a informação partilhada	Taxa de utentes que consideram importante a informação Nº de utentes que consideram a informação importante/Nº de utentes na sessão x 100 texto	100%	100%	100%
Que 70% dos utentes consideram a metodologia utilizada (mapas, o número de participantes e o local) adequados.	Taxas de utentes que consideram a metodologia adequada Nº de utentes que consideram a metodologia utilizada adequada/Nº de utentes presentes na sessão x 100	100%	100%	100%
Que 100 % das sessões de educação para a saúde planeadas devem ser realizadas	Taxa de execução Nº sessões realizadas/nº ações planeadas x 100	100%	100%	100%

Fonte: Construção Própria com recurso à plataforma *Smartsheet*®

Como se pode constatar pela tabela, a maioria das metas propostas foram atingidas e superadas, no entanto a sessão de 21 de novembro, deveriam estar presentes 80% das pessoas na sessão, apenas 33%. Tal facto, foi devido a situação laboral e/ou familiar uma vez que estes estão em idade ativa, o que torna difícil conjugar horários. Assim sendo da amostra inicial de 30 pessoas com diabetes tipo 2, estiveram durante todo o ciclo formativo 7 pessoas.

Tentamos ainda fazer como medida corretiva a realizar de mais uma sessão, mas por impossibilidade dos intervenientes no estudo e pelos motivos supracitados tal não foi viável. Sendo para a avaliação dos resultados apenas considerados 7 pessoas, por terem concluído todo o percurso.

2.6.2 – Avaliação dos Resultados

Depois de delineadas as estratégias de atuação, efetuamos as atividades por forma a conseguir um empoderamento por parte do utente, com o intuito de conseguir o seu autocuidado e consequentemente uma promoção da sua saúde, prevenindo assim complicações.

Relativamente ao grupo de utentes que fizeram todo o percurso do projeto de intervenção. Foi feito uma avaliação final, com a reaplicação dos questionários inicialmente executados.

De seguida fazemos uma análise das respostas dos 7 utentes que cumpriram todo o processo, analisando a sua evolução.

Em relação ao questionário socio demográfico, dos 7 utentes diabéticos que compõem a amostra do estudo, 42,9% correspondem a doentes diabéticos do sexo masculino e 57,1% do sexo feminino, sendo que 85,7% tem idades compreendidas dos 51 aos 65 anos (inclusive), e apenas um utente tem entre 31-50 anos.

No que respeita ao estado civil, podemos constatar que todos os utentes são casados ou vivem em união de fato.

Analisando as habilitações literárias, 71,4% dos inquiridos tem até ao 12º ano (inclusive), em relação à atividade profissional a maioria está no ativo/desempregado, com 71,4%.

Em relação ao item terapêutica da diabetes, constatamos que 100% faz antidiabéticos orais. Sendo a diabetes uma doença crónica no que diz respeito à terapêutica é importante que o tratamento passe não pela cura, mas pelo autocontrolo da pessoa com diabetes, sendo que a adesão ao tratamento deve passar não só pela adesão ao tratamento farmacológico (quer seja antidiabéticos orais e/ou insulina), mas acima de tudo por o diabético adquirir comportamentos saudáveis, mudança de comportamentos e estilos de vida. (Bastos, F., Milton, S., & Lopes, C., 2007)

Perante os resultados verificamos que 57,1% dos 7 inquiridos tem outras patologias associadas à diabetes, sendo que os mesmos 57,1% apresenta hipertensão de forma isolada ou associada a outras patologias e mais especificamente o que diz respeito a hipertensão.

No que concerne a complicações da diabetes, podemos referir que 100% dos inquiridos refere não ter complicações.

Ulteriormente será descrito os resultados referentes à dimensão alimentação geral que contempla em quantos dos últimos sete dias segue uma alimentação saudável, quantos dias por semana segue um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde e em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa), sendo que

constatamos uma melhoria significativa na média, passando de 5,5 dias para 6,7 dias, na dimensão supracitada. Corroborando com o estudo feito em 2018 em São Paulo, Brasil, podemos referir que vai ao encontro, uma vez que existe um “aumento significativo dos dias em que o participante respondeu seguir dieta saudável, com média de 3,6 dias antes do programa e posteriormente de 5,9 dias, para a dimensão supracitada”. (OHL, *et al*, 2020:113)

No que se refere a dimensão alimentação específica, que contempla as perguntas em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas, pão acompanhando a refeição principal, consumiu bebidas alcoólicas quer seja fora ou nas principais refeições, sendo ainda incluso nesta dimensão a pergunta de nos últimos sete dias ter misturado acompanhamento (arroz, massa, batata feijão), bem como ingestão de doces e ou adoçante/açúcar, verificamos perante os resultados obtidos que a média era de 2,85 dias numa fase inicial, passando após as atividades desenvolvidas para uma média de 1,14 dias, o que existiu uma melhoria significativa, uma vez que a escala se encontra invertida e o ideal será o valor mais perto de 0 dias, para as questões supracitadas.

Constatamos ainda em relação à mistura, no acompanhamento de dois ou mais alimentos (arroz, batata, massa, feijão), que existe uma melhoria bastante significativa, reduzindo de 5,29 dias para 2 dias.

No que concerne às questões sobre bebidas alcoólicas, verifica-se que a média de dias da semana é de 0 quando o consumo de bebidas é fora das refeições e 1,29 dias para consumo às principais refeições, apuramos ainda que os mesmo 7 inquiridos depois o desenrolar das atividades, a média de dias passou para 0,29 dias, quando o consumo é fora das refeições e 0,43 dias para consumo às principais refeições. Existindo aqui um aumento fora das refeições e uma redução às principais refeições.

Em relação à dimensão atividade física corroboramos perante a análise de dados que nos últimos sete dias os 7 utentes praticaram atividade física com uma média de 2,85 dias, comparando com as respostas após as atividades constatamos que se situa em 5,36 dias.

No que respeita a questão em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos, percecionamos perante os dados que passou de uma média de 2,71 dias para 5,29 dias, sendo aqui um aumento significativo de atividade física, podendo dever-se a vários fatores, desde ambientais a predisposição laboral, passando pela adaptação após as atividades desenvolvidas durante este projeto, sendo estas as justificações dos utentes, aquando da aplicação dos questionários para avaliação.

Em relação à sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho, concluímos que passou de 3 dias para 5,43 dias em que efetuaram sessão de exercício físico específico, existindo aqui também uma melhoria significativa na dimensão atividade física. Relativamente ao estudo realizado em São Paulo sobre mapas de conversação com estratégia para o ensino, podemos aferir que os resultados alcançados são coincidentes no sentido da sua evolução positiva, uma vez que se “revelou aumento do número de dias em que as pessoas realizaram exercício físico não atrelado às atividades de trabalho”. (OHL, *et al*, 2020:113)

Quando interrogados sobre atividades físicas, considerando-se as atividades de trabalho durante pelo menos 30 minutos nos últimos sete dias, a média de dias na fase inicial foi de 1,4 e 2,4 dias no final. Na aferição destes dados sem as atividades de trabalho, a média de dias passou de 0,3 para 2,3 dias.

3 – COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO E SEGUIMENTO “FOLLOW UP” DO PROJETO

Usaremos os meios locais (jornal local, colocação de cartazes, rede social) para divulgação das atividades e do projeto. Sendo divulgadas à comunidade de forma a garantir o conhecimento e abrangência da população, contribuindo assim para o seu sucesso. Desta forma, os meios de comunicação social ocuparam um lugar de destaque nesta divulgação, com a finalidade de transmitir o conhecimento pretendido e potenciar assim a mudança na comunidade, bem como, exercer a influência no estilo de vida das pessoas.

Criamos uma página de rede social, onde também foram publicados os cartazes de divulgação do projeto, bem como o desenvolver das atividades, abrangendo deste forma uma maior parcela da comunidade e diferentes faixas etárias. De uma forma mais célere, conseguimos alcançar no imediato a população tornando a divulgação do projeto/atividades, verificando-se assim uma maior eficácia na sua execução/expansão do que seria expectável com meios tradicionais.

Após a execução das intervenções, e o reinício do estágio final, (Janeiro) a mestranda e a enfermeira orientadora, convocaram telefonicamente as pessoas que fizeram todo o percurso, para a reaplicação dos questionários, o que permitiu avaliar o impacto das atividades realizadas, comparando resultados iniciais e finais (após sessões de educação para a saúde).

No que diz respeito ao seguimento do projeto, esta etapa permite supervisão ou confirmação do projeto, e decorre desde o estabelecimento de objetivos, à aquisição de resultados passando pela implementação do mesmo.

O follow-up permite-nos compreender a monitorização, bem como a implementação das intervenções, tendo como finalidade avaliar o grau de implementação dessas intervenções e recomendações, bem como a oportunidade de fazer medidas corretivas. (Madeira, 2013)

Relativamente à continuidade do projeto, conseguiremos mantê-lo operacional em parceria com a Associação Conviver com a Diabetes, uma vez que esta é a fiel depositária dos Mapas de Conversação.

4 – REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Neste capítulo descreve-se uma breve apreciação da realização deste projeto durante o percorrer das etapas da metodologia do planeamento em saúde. É importante enquanto futura enfermeira especialista o desenvolvimento das competências específicas.

Posto isto e relativamente aos quatro domínios das competências comuns, temos (Ordem dos Enfermeiros, 2018a):

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

a) 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;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Para ir ao encontro desta competência e no decorrer deste projeto, foi obtido o consentimento informado dos indivíduos, de forma a que participassem na investigação de forma livre e esclarecida. Foi garantido aos indivíduos que os questionários são anónimos, foram informados sobre o tema e objetivos do estudo, bem como, do fato de que a sua participação era voluntária, cumprindo assim todos os procedimentos éticos conforme a Declaração de Helsínquia de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato). Neste contexto foi ainda solicitado parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

No que diz respeito as competências supracitadas, pensa-se ter alcançado as mesmas.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:

a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Durante o decorrer deste percurso e em específico deste projeto desenvolvemos e aprimoramos uma prática de qualidade, cooperando em programas de melhoria, tendo em linha de conta que deverá estar assegurado um ambiente terapêutico e seguro.

O projeto de intervenção desenvolvido esteve inserido numa área de intervenção prioritária da UCSP que é a Diabetes ao nível da prevenção, passando pelo diagnóstico e posteriormente pelo acompanhamento da população abrangida, nos CSP.

A prática profissional e a garantia de segurança do utente, estão relacionadas com a qualidade em saúde, pelo que é crucial ao longo do estágio, a preservação de um ambiente físico, cultural, espiritual que transmita ao utente a confiança, para posterior segurança.

Posto isto, entende-se ter atingido de forma positiva as competências neste domínio.

Competências do domínio da gestão dos cuidados:

a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa multiprofissional;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

No que concerne, às competências supracitadas no domínio da gestão de cuidados, existiu articulação da equipa, por forma a dar uma melhor resposta nos cuidados de enfermagem, embora a posição que a mestrandia integra, gera de alguma forma desconforto, na medida em que estava numa equipa desconhecida numa primeira instância, mas passo a passo essa articulação foi existindo e houve uma colaboração de toda a equipa neste projeto desde a sua fase embrionária.

Aquando do período de estágio, participamos ativamente nos vários programas de vigilância epidemiológica, que permitiu adquirir e cimentar um corpo de conhecimentos cruciais para a realização de prestação de cuidados na comunidade. Fomos confrontados com situações desde a saúde escolar, passando pela Saúde infantil mais especificamente a vacinação, Saúde Materna onde está incluído o planeamento familiar e rastreio colo útero.

No CS a enfermeira responsável estava diretamente ligada ao projeto de intervenção que se desenvolveu, sendo desta forma a pedra basilar para uma melhor articulação com todos os intervenientes, e um veículo facilitador na comunicação/articulação da equipa com o ambiente exterior, tendo deste modo, um papel mediador ao longo deste projeto.

No que diz respeito a enfermeira orientadora, foi agente simbiótico no processo de prestação de cuidados, otimizando assim o trabalho de equipa, por forma a envolver todos os membros da equipa, quer os enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, administrativos, assistentes operacionais,

adaptando assim os recursos. Papel este preponderante uma vez que a enfermeira orientadora acumula funções de enfermeira que substituí nas ausências e impedimentos a enfermeira responsável, o que facilita em muito a agilização de processos.

Deste modo, e após a reflexão pensamos ter adquirido e expandido as competências com êxito.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica.

Este projeto foi baseado na evidência científica mais recente, ao mesmo tempo que desenvolvemos o autoconhecimento, uma que vez que nos deparamos com um tema vasto e que está sempre em constante transformação, tentando desta forma inserir os dados mais recentes neste trabalho, o que se pode constatar por exemplo na estatística.

A prestação de cuidados de enfermagem ao longo do estágio foi sempre assente num suporte de conhecimento prévio, tendo em vista a aquisição de novos conhecimentos, quer através da investigação, quer pela partilha de saberes com o enfermeiro orientador, quer com a restante equipa da UCSP e UCC. É essencial para a apreensão de novas aprendizagens que exista uma reflexão crítica constante na prestação de cuidados, para deste modo identificar recursos e limites sejam eles pessoais ou profissionais.

Também neste contexto de aquisição de competências na área da investigação e com base no estudo efetuado neste projeto de intervenção, foi realizado um curso de *e-learning* de Pé Diabético entre 06 e 07 de janeiro do presente ano (Anexo VIII). Elaborado um artigo científico, como meio de divulgar a investigação em enfermagem, cujo resumo se encontra no (Apêndice V).

Em sequência do acima descrito, pensa-se ter atingido de forma benéfica a competência supramencionada.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018b):

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

A execução deste projeto seguiu a Metodologia do Planeamento em Saúde. O planeamento da saúde pode ser definido como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a

atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.” (Imperator & Giraldes, 1982:6)

Foram mobilizados conhecimentos dessa metodologia, por forma a adquirir competências específicas, nomeadamente através da realização do diagnóstico da situação, da identificação dos problemas e da determinação das prioridades.

Foi executado o diagnóstico de saúde de uma população, com a aplicação da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, tendo implícito os princípios éticos e legais para a aplicabilidade dos mesmos, respeitando desta forma dos direitos humanos. Assim, conseguimos definir as principais prioridades em saúde e as necessidades da população onde decorreu o estágio.

Com a priorização das necessidades em saúde determinadas foi elaborado e implementado o projeto “(Con)viver Melhor com a Diabetes: promoção do Autocuidado da pessoa com diabetes”, onde foram mobilizados os conhecimentos do planeamento em saúde, fixando desta forma os objetivos, delineadas as estratégias exequíveis tendo em linha de conta os problemas identificados.

Ainda em relação a aquisição desta competência, referimos que as atividades desenvolvidas passaram pelo conhecimento da população através da prestação e cuidados a comunidade, como as consultas de hipertensão e diabetes, tratamentos realizados, bem como o contato e partilha com a enfermeira orientadora. Foi ainda de extrema importância o enquadramento teórico de Dorothea Orem, permitindo-nos assim a visão junto do utente por forma a adaptar as ações do autocuidado com as necessidades, de maneira a que esta relação de ajuda promova o autocuidado.

A última etapa abrange a avaliação, que de certa forma foi uma constante ao longo do desenvolvimento do projeto, no sentido em que permitiu a adaptação das intervenções às necessidades identificadas. Perante o que foi aqui explanado nesta competência considera-se que foi alcançada.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Estamos perante uma constante aquisição desta competência, sendo que o planeamento em saúde tem um papel preponderante na capacitação das comunidades. O empoderamento deve ser “no sentido de dar capacidade às pessoas de exercerem sua saúde, ou seja, de dar condições materiais para que possam optar por um estilo de vida saudável, indo para além da informação, mas também a considerando.” (Maeyama et al., 2015:131)

É de evidenciar que a promoção e educação para a saúde é efetuada de forma persistente com a população, estando desta forma presente transversalmente ao longo de todo o estágio, deste o planeamento familiar, capacitação dos cuidadores informais, tendo em linha de conta a sua extrema importância devido ao envelhecimento da população, o que faz com que exista mais dependência a nível dos cuidados.

No que diz respeito a competência aqui explanada, considera-se ter cumprido todas as atividades.

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS)

Como podemos constatar no PNS, extensão a 2020, este visa “maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.” (DGS, 2015:8) A predileção do tema vem no sentido de seguir a linha de elaboração de políticas saudáveis do PNS que “visa a criação de impactos positivos para a saúde da população e a redução de impactos negativos.” (DGS, 2015:18) A iniciação/elaboração deste projeto foi imprescindível para perceber o quão importante é o papel do enfermeiro. Considera-se que a competência foi atingida na plenitude, uma vez que responde diretamente a um dos programas fixados.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A epidemiologia tem um papel importante na intervenção comunitária, uma vez que tem como objetivo principal melhorar a saúde das populações. (Bonita, Beaglehole e Kjellström, 2010) Para a realização de um diagnóstico de situação, é imprescindível obter dados epidemiológicos, porque através da pesquisa que efetuámos, iniciámos o caminho que nos possibilitará obter esta aptidão.

Para isso, procedeu-se a pesquisa de dados sociodemográficos que caracterizam a população, dos indicadores, da incidência e da prevalência da doença. Foi desenvolvido um projeto de intervenção, com resultados em ganhos em saúde, sendo ainda que o facto de ser população ativa, os possíveis ganhos em saúde e na qualidade de vida, podem ser mensurados daqui a uns anos, por forma, a perceber o seu impacto na saúde do indivíduo.

No que diz respeito a esta competência, consideramos ter alcançado a mesma, uma vez que foram efetuados registos no programa Sclenic® sobre a monitorização de dados efetuados durante

as consultas de diabetes, o que posteriormente possibilita fazer estatística e consequente vigilância epidemiológica, permitindo assim uma adaptação às necessidades da população.

5 – COMPETÊNCIAS DE GRAU ACADÊMICO DE MESTRE

O grau de mestre é conferido numa área da especialidade, a quem possuir conhecimentos e capacidades, saiba aplicar esses conhecimentos e integrá-los, consiga comunicar as conclusões e ser desta forma auto-orientado ou autónomo, segundo o decreto de lei no 63/2016, de 13 de setembro, da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

No caso específico da Enfermagem e mais concretamente da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública requer que como suplemento com as competências do enfermeiro especialista, um Mestre detenha um conhecimento aprofundado no domínio especializado nesta área.

Desta forma os objetivos do mestrado são:

1) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.

As atividades e as estratégias que foram desenvolvidas durante o estágio direcionaram-se também para a aquisição das competências de mestre, tendo por base conhecimentos prévios obtidos na licenciatura servindo de pedra angular para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão. Foram conseguidos e solidificados novos conhecimentos nos estágios através da investigação feita no decorrer do diagnóstico de saúde, assim como da constante atualização de conhecimentos realizada durante o mesmo, bem como a prática desenvolvida com o enfermeiro orientador.

2) 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;

As atividades realizadas no âmbito do estágio em enfermagem comunitária, desenvolveram-se em diferentes circunstâncias, com população de todas as faixas etárias, várias etnias e religiões, sendo necessário conhecimentos por parte da mestranda que permitiram compreender as necessidades da população, prestando cuidados adequados e alcançando a competência.

Os conhecimentos obtidos previamente e durante o decorrer do estágio, foram cruciais para a aplicabilidade na prática perante conjunturas que surgiram diferentes do contexto hospitalar, do qual todo o percurso profissional é oriundo.

3) 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;

Toda a prestação de cuidados tem de ter como presença obrigatória a reflexão da prática clínica diariamente, ajudando a lidar com questões complexas, bem como a reflexão sobre as implicações éticas, profissionais e sociais, que levam a aquisição de novos conhecimentos e à aplicação dos mesmos, com vista a uma melhor prestação e gestão de cuidados.

Posto isto, considera-se que a aquisição desta competência foi conseguida uma vez que a reflexão crítica sobre a prática clínica foi crucial para a aquisição da aptidão, uma vez que os princípios éticos foram sempre priorizados, uma vez que perante determinada atividade estão envolvidos vários valores, desde valores culturais, sociais e religiosos.

4) 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;

Enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, é imprescindível que os conhecimentos adquiridos sejam alicerçados e variados, quer sejam adquiridos em auto ou hetero formação, sendo que os saberes transmitidos devem ser adequados a população, explanados de forma sucinta, clara e sem ambiguidades, um exemplo disso são as sessões para a saúde.

Este relatório também aponta, entre outras, a aquisição desta competência, descrevendo de forma clara e sucinta os conhecimentos adquiridos e as intervenções realizadas, permitindo refletir sobre os mesmos, com vista à obtenção de conclusões.

5) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A necessidade premente de pesquisa e análise faz com que exista a simbiose perfeita entre a componente teórica e prática, onde o saber (estar, fazer, ser e saber) e o autoconhecimento foi alcançado através das atividades realizadas nos estágios. Assim, em relação a esta quinta competência, ela foi conseguida, através de pesquisa e análise constante ficou evidente que a persistente atualização é a pedra angular ao longo do percurso profissional.

Perante estes desígnios e tendo em conta todo o percurso deste projeto de intervenção na comunidade, o intuito de dar respostas às necessidades de saúde de uma amostra populacional e desta

forma, facilitar a mudança de atitudes, comportamentos e práticas através da promoção de educação para saúde, que se tornam imprescindíveis para um melhor conhecimento das capacidades que cada indivíduo é capaz de aperfeiçoar no auto cuidado, perante o desenvolvimentos das capacidades desenvolvidas assumimos que reunimos os requisitos mínimos para a obtenção do grau de Mestre com a discussão pública deste relatório.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante este percurso académico, muitos foram os desafios e obstáculos com que me deparei, e muitas foram as dúvidas e receios que surgiam invariavelmente inerentes aos mesmos.

Cada desafio cumprido é mais do que um obstáculo vencido...na medida em que as dúvidas dão lugar a conclusões muitas vezes que de tão evidentes que são, tornam-se difíceis de encontrar. Mas no final, quando olhamos para trás e vemos o “fruto” do trabalho, esforço e dedicação, constatamos que é precisamente nesses pequenos momentos que compreendemos a verdadeira essência do que realizamos.

Assim foi com a realização deste relatório, mais do que uma obrigação académica foi um desafio que deu muita satisfação elaborar. Muitas foram as situações em que nos sentimos à deriva num mar revolto de dúvidas e onde apenas a perseverança e a orientação da enfermeira e da professora nos conduzem a porto seguro.

Consideramos que conseguimos delinear um projeto de intervenção comunitária seguindo as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde. Ao longo das várias etapas pelas quais passamos tivemos a oportunidade de crescer enquanto futuros especialistas de enfermagem comunitária e saúde pública.

Para a escolha do tema geral consultamos durante o estágio diversos dados, sendo que o tema que sobressaiu foi a diabetes, sendo também um dos indicadores da UCSP, optamos desta forma por nos debruçarmos sobre a promoção do autocuidado da pessoa com a diabetes, para que desta forma as pessoas possam (Con) viver melhor com a doença.

Em resultado do diagnóstico da situação efetuado, constatamos que a diabetes é um problema de saúde pública da atualidade a nível mundial. Em Portugal e também na Região Alentejo, tem-se verificado uma prevalência elevada de diabetes na população.

À semelhança de outras doenças crónicas, a diabetes não é impeditiva da pessoa ter uma vida normal e autónoma quando devidamente tratada e acompanhada, para isso o enfermeiro tem de incrementar na pessoa comportamentos de autocuidado que são de extrema importância.

Contudo, é fundamental que a pessoa com diabetes desenvolva competências para que de forma consciente consiga alcançar os objetivos propostos de modo a alcançar o adequado controlo da doença.

A pessoa com diabetes deve possuir um plano individualizado de tratamento adaptado às suas condições de vida relativamente à alimentação, ao exercício físico e à autovigilância. Como podemos constatar o enfermeiro tem um papel relevante na promoção do autocuidado do doente diabético.

O apoio prestado aos doentes, deve ter em linha de conta o seu contexto sociocultural e o seu nível de literacia em saúde, desta forma o enfermeiro deve intervir como agente facilitador do autocuidado do doente diabético.

Assim, a elaboração deste estudo, permitiu ter uma visão mais alargada da problemática, executar um projeto de intervenção e delinear quais as melhores estratégias e atividades de educação para a saúde que incidam nas áreas problemáticas (alimentação e atividade física), para desta forma capacitamos as pessoas para um melhor autocuidado e controlo da diabetes, com o intuito de diminuir a incidência de complicações e consequente morbilidade e mortalidade, com perspetiva a melhorar a qualidade de vida.

Foi ainda imperioso o estabelecimento de parcerias para a realização e sucesso do projeto, uma vez que conseguimos fazer a ponte com a população e não sermos vistos como intrusos. Tendo ainda com vantagem a cimentação do projeto para uma possível continuidade na comunidade onde está inserido. Parceria essa que foi vital para a redução de custos económicos do projeto, uma vez que todos custos no que diz respeito à logística foram suportados pela Câmara Municipal e Junta de Freguesia.

Constatamos ainda que perante os resultados obtidos seria pertinente replicar o estudo em todos os concelhos do Distrito do Alto Alentejo para podermos extrapolar dados, e implementar estratégias regionais alicerçadas na evidência científica para assim poder desta forma capacitar a pessoa com Diabetes, de maneira a fazer o autocuidado e melhorar a qualidade de vida, vislumbrando ganhos em saúde a longo prazo.

No decorrer do diagnóstico de saúde, foram encontradas limitações e dificuldades para a sua concretização, pelo que se tornou imprescindível encontrar alternativas. Uma das dificuldades sentidas foi a indisponibilidade manifestada pelos utentes em se deslocarem ao Centro de Saúde, uma vez que na maioria estão ainda ativos profissionalmente, mesmo disponibilizando a articulação de horários ou a possibilidade de visita domiciliária, foi impraticável, pelo que a amostra ficou reduzida em relação ao expectável inicialmente, devendo-se ao fato de a maioria estar no ativo profissionalmente.

No que diz respeito à avaliação consideramos que não é a etapa final, sendo transversal ao longo de todo este processo, permitindo-nos reformular alguns aspetos sempre que é necessário, tendo sido necessário reajuste nas estratégias ao longo da sua operacionalização, nomeadamente na subdivisão na aplicação do mapa de conversação.

Foi importante percorrer todas as etapas da metodologia do planeamento em saúde, pois, conseguimos ficar com uma ideia do que é necessário delinear desde que iniciámos o processo no diagnóstico da situação, até chegarmos à etapa da avaliação, sendo fácil percebermos que todas as etapas são importantes e necessárias e este é um processo crucial para aquisição/desenvolvimento de competências, quer a nível profissional, quer académico.

Assim, é muito gratificante aferir que conseguimos atingir os objetivos a que inicialmente nos propusemos e aliado a isso, adquirimos um corpo de conhecimentos que indubitavelmente nos serão úteis num futuro próximo, enquanto enfermeiros especialistas de enfermagem comunitária e de saúde pública.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andanças (2014). Em colaboração. In andanças.net. Disponível em http://www.andancas.net/2014/pt/81/festival/organizacao/em-colaboracao_, consultado a 05 de Maio de 2020

APDP (2009). Diabetes Tipo 2 - Um Guia de Apoio e Orientação. Lisboa - Porto: Lidel.

Bastos, F., Milton, S., & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas Da Escala de Autocuidado Com a Diabetes Traduzida e Adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.

Bonita, R., Beaglehole, R., Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. (2ª Ed.). São Paulo: Livraria Santos Editora.

Carvalhosa, Susana Fonseca, Domingos, Ana, & Sequeira, Cátia. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - GerAcções. *Análise Psicológica*, 28(3), 479-490. Consultado a 29 de junho de 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300008&lng=pt&tlng=pt

Despacho no 3618-A/2016, de 10 de março. Determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. *Diário da República*, v. 49, Série II, 2016. Portugal

Direção Geral de Saúde [DGS] (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Plano nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2016a). Carta de Ottawa. In A Promoção da Saúde – A Carta de Ottawa. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahU-KEWjk67fZnYXiAhXbAWMBHfWIAOYQFjABegQIA-RAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fcarta-de-otawa-pdf1.aspx&usg=AOvVaw3stiA3FLGRxdwkUaDtXUzW>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2016a). Carta de Ottawa. In A Promoção da Saúde – Norma DGS N.º 2/2001, de 14/01/2011 Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2016b). Perguntas e respostas. In Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Disponível em https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atvidade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx?fbclid=IwAR2g5MSs9Oj4r2QRkft2QE4gqzE7w7OBOSbbXnratlKFKDWger_p78-ZvvY

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Plano Estratégico 2017-2019. Portugal, Lisboa. Acedido a 25/5/2020 em <https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/instrumentos-de-gestao/ficheiros-externos/plano-estrategico-dgs-2017-2019-pdf.aspx>

Dias, C., Freitas, M. e Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com Interesse em Medicina Geral e Familiar. Revista Portuguesa de Clínica Geral, ;23, 439-50 Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10388/10124>

Esteves, A., Romão, A., Sousa, F., Oliveira, I.T., Marques, J.C.L., Dias, J.G., Rebelo, J., Magalhães, M.G., Moreira, M.J.G., Matos, P., Nossa, P., Rodrigues, T. (2016). Atas do V Congresso Português de Demografia. Lisboa. Disponível em <http://www.apdemografia.pt/index.php/80-destaques/158-portugal-e-a-europa-os-numeros-9>

Fortin, M.F. (1999). O processo de Investigação - da concepção à realização. Lusociência. Loures

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019). Números dos Municípios e regiões de Portugal, quadro-resumo Portalegre. PORDATA – Estatísticas. Acedido a 19/6/2020 em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5786690>

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019). Números dos Municípios e regiões de Portugal, quadro-resumo Portalegre. PORDATA – Estatísticas. Acedido a 19/6/2020 em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5786697>,

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019). Números dos Municípios e regiões de Portugal, quadro-resumo Portalegre. PORDATA – Estatísticas. Acedido a 19/6/2020 em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5786704>,

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS] (2019). Números dos Municípios e regiões de Portugal, quadro-resumo Portalegre. PORDATA – Estatísticas. Acedido a 19/6/2020 em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5786711>,

<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/Literacia-Saude/Paginas/inicial.aspx>, consultado a 19 de Junho de 2020

Imperatori, E., Giraldes, M.R. (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa: Edições da Saúde.

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

INE. (2018). *Anuário Estatístico da Região Alentejo 2017*. Lisboa. Consultado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES-pub_b_oui=320467879&PUBLICACOESmodo=2 a 25/05/2020

Instituto Nacional de Estatística I.P [INE] (2018a). Anuário Estatístico do Alentejo 2017, Lisboa-Portugal. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320467879&PUBLICACOESmodo=2

International Diabetes Federation [IDF] (2017), *Diabetes Atlas*, 8th edition, International Diabetes Federation, Brussels. Consultado em: [https://diabetesatlas.org/IDFDiabAtlas8e interactive EN/](https://diabetesatlas.org/IDFDiabAtlas8einteractiveEN/) a 1 de maio de 2020.

Lyra, R., Oliveira, M., Lins, D. & Cavalcanti, N. (2006). Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab, 239-248. Consultado a 23 de janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29307.pdf>

Madeira, A. (2013). A importância do follow-up na auditoria interna em Portugal. Instituto politécnico de Lisboa. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa. Consultado a 06 de janeiro 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3500/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Andre%20Madeira.pdf>

Maeyama, M. A., Jasper, C.H., Nilson, G.L., Dolny, L.L., Cutolo, L.R.A. (2015). Promoção da Saúde como Tecnologia para transformação social. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, 2 (2), 129-143. doi: 10.14210/rbts.v2.n1.p97-129-14

MEDINA, J.L. et al. *Diabetes Mellitus. 25 perguntas frequentes*. Lisboa. Permanyer Portugal, 2010.

Neto, Vilma Susana Bernardo (2014). As Consequências do trabalho por turnos: estudo de caso em Organizações no distrito de Setúbal. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal. Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/6741>, consultado a 27 de Junho de 2020

Noriega, A., Jiménez, C. & Monterroza, M. (2017). Apoyo Social y Control Metabólico en la Diabetes Mellitus tipo 2. Revista CUIDARTE, 8 (2). Consultado a 5 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=0029db18-1e4c-4720-9f49-3fe4bb974cb8%40sessionmgr102&hid=107>

- Observatório da Diabetes (2014). *Diabetes: Factos e Numeros 2014*. Lisboa: Sociedade Portuguesa Diabetologia.
- Ohl, R., Chavaglia, S., Gomes, J., Freitas, M., & Gamba, M. (2019). Mapa de Conversação como Estrat°egia de Ensino para o desenvolvimento do Autocuidado em Diabetes. *Enfermagem em Foco*, 10(2). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1964> consultado a 29 de Junho de 2020
- OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels. Disponível em https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). 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. In Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Pereira, I.C.O. (2016). *Sexualidade Saudável na Adolescência: um Projeto de Enfermagem Comunitária* (Tese de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Filho, A. J. de A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(3), 157-164. Consultado em <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Ribeiro, J.L.P. (2015). Educação para a Saúde. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS* 16(1), 3-9. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160102>

Regufe VM. Autogestão do doente diabético: papel do enfermeiro na promoção da autonomia. [Internet]. 2017; xvii [acesso em 2019 dezembro 5]; Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedsrca%26AN%3drcaap.doctoralthesis.10400.26.24295%26lang%3dpt-pt%26site%3dedslive%26scope%3dsite>

Sadio, Rute (2018). Autocuidado na diabetes mellitus tipo II e vulnerabilidade ao stress dos idosos de uma UCSP do Norte Alentejano. Tese de Mestrado. Universidade de Évora. [acesso em 2019 dez 6]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/23572>

Salvado, S. (2012). A educação na pessoa com diabetes tipo 2 para a adesão às atividades de autocuidado. Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras: Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, Viseu.

Tanqueiro, M. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, n.o9. 151-160. Consultado em 15 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a16.pdf>

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa.

Teixeira, Ana M. F. (2019). Associação entre o consume excessivo de açúcar e problemas de saúde: Perceções de peritos versus não-peritos. Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/19332>

World Health Organization [WHO] (2016). *Perfiles de los países para la diabetes* consultado em: <https://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/> a 05 de maio de 2020

World Health Organization [WHO] (2017). *Noncommunicable diseases*. Consultado em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> a 05 de maio de 2020

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Exma. Sr.^a Enfermeira Mónica Miranda
Enfermeira no Hospital Dr. José Maria Grande
III Curso de Mestrado em Enfermagem
Área Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

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

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização à Sr.^a Enfermeira Mónica Sofia Castelhano Nunes Miranda, enfermeira no serviço de Ortopedia do Hospital Dr. José Maria Grande, no âmbito do seu projeto de estágio do Curso acima referenciado, a decorrer no Centro de Saúde de [REDACTED] “Conviver melhor com a diabetes: promoção do autocuidado da pessoa com diabetes de uma UCSP do Norte Alentejano, para a utilização da versão em Português da escala acima referenciados, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional ou eventual colaboração que considere necessária. Mais informo que relativamente à Escala de Autocuidado com a Diabetes deve usar as referências da sua publicação na Acta Médica Portuguesa e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme podem identificar nas restantes tabelas do artigo.

Ao dispor,
Porto, 28 maio 2019
Fernanda Santos Bastos
Professora Adjunta
fernandabastos@esenf.pt
Escola Superior Enfermagem do Porto
UNIESEP
UCP: Autocuidado

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração
da ULSNA, E.P.E.
Dr. João Moura dos Reis

Eu, Mónica Sofia Castelhana Nunes Miranda, enfermeira de cuidados gerais no serviço de Ortopedia do Hospital Dr. José Maria Grande, a realizar o III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre em Parceria com Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Évora, a Escola Superior de Saúde de Beja, a Escola Superior de Saúde de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, no Centro de Saúde de , no âmbito da disciplina do Estágio em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, sob a orientação da Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e da Professora Isaura Serra.

Os objetivos do referido estágio são: Identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde e realizar o diagnóstico de saúde dessa comunidade.

Assim, o projeto que irei desenvolver irá incidir sobre “(Con)viver Melhor com a Diabetes: Promoção do autocuidado da pessoa com diabetes”.

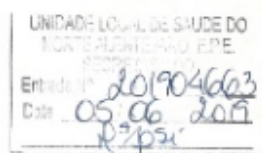
Para a realização do mesmo necessito de recolher informação através da utilização de documentos de instrumento de avaliação. O instrumento selecionado para o efeito é: um questionário sociodemográfico e a escala de atividades de autocuidado com a diabetes. Assim venho por este meio solicitar a V. Ex^a. autorização para realização deste trabalho.

Importa salientar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e que será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado.

Agradeço desde já toda a atenção e fico ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,



Arronches, 03 de Junho de 2019

Mónica Sofia Castelhana Nunes Miranda

29/05/19, 23:21

Pedido autorização escala AACD

Fernanda Bastos <fernandabastos@esenf.pt>

Ter, 28/05/2019 09:14

Para: monica_nunes20@hotmail.com <monica_nunes20@hotmail.com>

1 anexos (276 KB)

AutorizacaoEscala_AACD_Monica Miranda.pdf;

Olá bom dia,

Envio em anexo autorização para utilização da escala conforme solicitado.
Desejo-lhe um bom trabalho e gostaria de ter feedback sobre os resultados que obtiver.
Melhores cumprimentos,
Fernanda Bastos

Fernanda Bastos, PhD, MSc, RN
Professora Adjunta
fernandabastos@esenf.pt
CIDESI

Centro de Investigação e Desenvolvimento
em Sistema de Informação em Enfermagem



Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Portugal
Email esep@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00
Fax +351 22 509 63 37
<http://www.esenf.pt>

ANEXO II – APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Maria Jose Santos Mendes

De: Monica Sofia Castelhana Nunes
Enviado: 4 de junho de 2019 18:15
Para: ULSNA - Secretariado Administração
Assunto: Pedido de Autorização
Anexos: 61820281_819457911755652_6887802858905796608_n.jpg

Boa Tarde,

Exm^{as} Sr^{as}. Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E.,

Envio em anexo o pedido de autorização para a realização de um trabalho no âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Envio em Anexo pedido de parecer de Autorização.

Ao dispor para mais esclarecimentos,

Com os melhores cumprimentos,

Monica Sofia Castelhana Nunes
Enfermeiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO-EPE | Hospital Dr. José Maria Grande

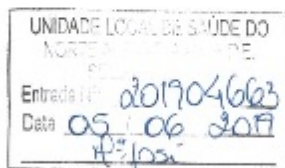
SEDE:
Av. de Santo António
7300 - 853 Portalegre
TEL: 245 301 000 FAX: 245 330 359

www.ulsna.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Seja responsável na partilha de informação e/ou dados pessoais nos emails que envia.
Garanta os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção de dados.
Lembre-se: os dados salvam vidas, mas o uso abusivo da informação pode destruir a sua vida!



ANEXO III – COMISSÃO DE ÉTICA



ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO

ENTRADA Nº 201904663(M.N.)
02/08/19

INFORMAÇÃO

N.º19/2019, de 02 de agosto

De: Maria Luiza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo “(Con) viver melhor com a diabetes: Promoção do autocuidado da pessoa com Diabetes.”

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Concordo com o parecer emitido
assim como a referida Informação.
Proceda-se em conformidade

200805
Presidente do Conselho de Administração

A requerente, Mônica Sofia Castellano Nunes Miranda, enfermeira a desempenhar funções no serviço de Ortopedia do Hospital Doutor José Maria Grande, adiante designado por HDJMG, mestranda em Enfermagem em Associação com especialidade na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo “(Con) viver melhor com a diabetes: Promoção do autocuidado da pessoa com Diabetes.”

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico

1. Idade:

- ☐ 18 anos aos 30 anos
- ☐ 31 anos aos 50 anos
- ☐ 51 anos aos 65 anos

2. Sexo:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

3. Estado Civil:

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado ou viver em união de facto
- ☐ Divorciado, Separado
- ☐ Viúvo

4. Habilitações Literárias:

- ☐ Até ao 4º ano
- ☐ Até ao 6º ano
- ☐ Até ao 9º ano
- ☐ Até ao 12º ano
- ☐ Licenciatura/Mestrado/Doutoramento

5. Atividade Profissional:

- ☐ Ativo. Área: _____
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado

6. Há quanto tempo sabe que tem diabetes? _____Anos

7. Terapêutica da diabetes:

- ☐ Antidiabéticos Oraís
- ☐ Insulina
- ☐ Antidiabéticos orais e insulina

8. Tem outras patologias?:

- ☐ Sim, Quais: _____
- ☐ Não

9. Complicações Inerentes à diabetes?:

- ☐ Sim, Quais: _____
- ☐ Não

ANEXO V – ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

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

1 Alimentação Geral	Nº de dias							
1.1 Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2 Alimentação Específica								
2.1 Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço e jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4 Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5 Em quantos dos últimos sete dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6 Em quantos dos últimos sete dias comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7 Em quantos dos últimos sete dias adoçou as bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7
3 Actividade física								
3.1 Em quantos dos últimos sete dias praticou actividade física durante, pelo menos, 30 minutos?	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos sete dias praticou uma sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
4 Monitorização da glicémia	Nº de dias							
4.1 Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7

5 Cuidados com os pés								
5.1 Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
6 Medicamentos								
6.1 Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes OU (se insulina ou comprimidos)	0	1	2	3	4	5	6	7
6.2 Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Em quantos dos últimos sete dias, tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
7 Hábitos tabágicos								
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só um apassa, durante os últimos sete dias?	Sim ☐ Não ☐							
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____								
7.3 Quando fumou o seu último cigarro? ☐ Nunca fumou ☐ Há mais de dois anos atrás ☐ Um a dois anos atrás ☐ Quatro a doze meses atrás ☐ Um a três meses atrás ☐ No último mês ☐ Hoje								

ANEXO VI – MAPA DE CONVERSAÇÃO®



ANEXO VII – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO/PUBLICAÇÕES DIGITAIS

NOTÍCIAS



(CON)VIVER
MELHOR
COM A DIABETES

(CON)VIVER MELHOR COM A DIABETES

ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA

**14 DE NOVEMBRO DE 2019
15.30H**

CENTRO CULTURAL DE

ORADORES:
- NUTRICIONISTA
- ENF. MÓNICA NUNES
- FISIOTERAPEUTA
- SHOWCOOKING

ORGANIZAÇÃO:

COLABORAÇÃO:



Dia Mundial da Diabetes (Con)viver

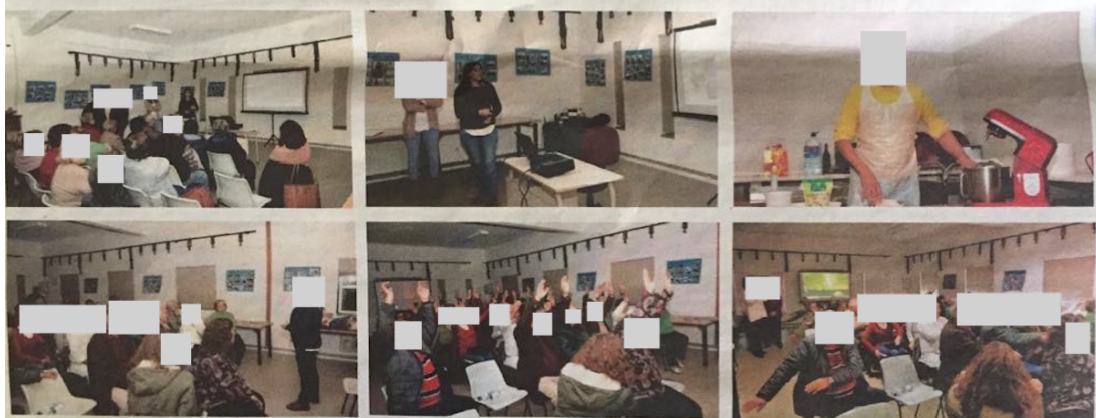
Para assinalar esta data o Centro de [redacted] levou a efeito no Centro [redacted] uma iniciativa a que deu o nome (Con)Viver Melhor com a Diabetes.

A alimentação e a actividade física como forma de prevenção e (con) viver melhor com esta doença, por vezes silenciosa que afecta milhões de pessoas em todo o mundo. Para isso a nutricionista deu vários exemplos entre eles a importância de ter em conta a 'roda dos alimentos' tão importante no controle da diabetes.

Uma alimentação equilibrada e o exercício físico, podem contribuir para não ser obeso, o que implica eventualmente não ser hipertenso, não ter problemas cardiovasculares e por arastamento não ser diabético. Para falar de todas estas componentes fo-

tes, os diabéticos podem comer por exemplo, o tradicional bolo frito.

Para este evento colaboraram o Município de [redacted] e a Associação (Con)-viver Com a Diabetes [redacted]



LINK: <https://drive.google.com/file/d/1EpEsZT-QyJux2wvaKVbFAymS5weiXV2f/view>

ANEXO VIII – CERTIFICADO CURSO E-LEARNING

CERTIFICADO



Certifica-se que,

Mónica Sofia Miranda

Realizou o curso e-Learning Pé Diabético, constituído por três módulos: "Fisiopatologia da Doença", "Formas de Diagnóstico e Tratamento Não Farmacológico" e "Tratamento Farmacológico, Papel das Farmácias Comunitárias e o Exercício Físico" com uma classificação de 17,8 valores. Este curso teve a duração de 9 horas, o que resultou num total de 1,35 créditos pela Ordem dos Farmacêuticos.

Pela organização,

Flice Vieira Ramos



LISBONPH

JUNIOR EMPRESA DA FPOL

Cidum

APENDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Sou estudante do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre e solicito a sua participação voluntária nestes questionários. Estes questionários inserem-se no trabalho que como sabe, pretendo desenvolver durante o estágio que me encontro a realizar intitulado “(Con)viver Melhor com a Diabetes: Promoção do autocuidado da pessoa com diabetes”.

Pretende-se com a realização dos questionários, identificar prioridades de intervenção e posteriormente desenvolver estratégias para a promoção do autocuidado na pessoa com diabetes.

Importa salientar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e será efetuada na UCSP, em gabinete próprio, de modo a salvaguardar a sua privacidade. Informação essa que é utilizada única e exclusivamente para o relatório de estágio e será tratada de forma confidencial. Mais informo que o estágio e o relatório são orientados respetivamente pela Sr^a [REDACTED] e pela Professora Isaura Serra.

Desde já afirmo que a informação recolhida é confidencial, utilizadas para fins educativos ou de publicação de carácter académico ou científico e será tratada de forma confidencial a fim de anonimizar os dados, sem nunca revelar/divulgar a sua identidade. Poderá desistir a qualquer momento e, se preferir, a informação já recolhida poderá ser imediatamente destruída, conferindo-lhe assim o direito à recusa e a decisão de não participar, total ou parcialmente, o que não lhe trará qualquer prejuízo.

Os questionários serão realizados pela mestrandia com a duração estimada de aproximadamente quinze minutos, estando disponível para qualquer esclarecimento através do contato: [REDACTED]

Grata pela atenção,

Agradeço desde já toda a atenção e fico ao dispor para qualquer esclarecimento.

Mónica Sofia Castelhana Nunes Miranda

Eu, [REDACTED] declaro que informei o utente da natureza e finalidade deste estudo, do direito à recusa e confidencialidade dos dados, bem como da importância da participação no mesmo, sendo de livre e espontânea vontade que aceita ser contactado pela Mestranda para nele participar.

Eu, [REDACTED],
declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, pela estudante do III Curso Mestrado em Enfermagem em Associação, com área de especialização em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Mónica Sofia Castelhana Nunes Miranda. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. A confidencialidade será assegurada. Se se considerar bem informado e aceitar participar, por favor assine este documento, assim como eu também o assinarei.

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

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito à recusa e confidencialidade dos dados e da importância da minha participação no estudo, recebendo uma cópia deste documento.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado.

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura da Mestranda/Enfermeira: _____

Nota: Feito em duas cópias sendo o original para o estudo e o duplicado para o utente

APENDICE II – CRONOGRAMA

Cronograma							
	15 a 31 de Maio 2019	1 a 15 de Junho 2019	15 a 31 de Outubro de 2019	1 a 15 de Novembro de 2019	16 a 30 de Novembro de 2019	1 a 15 de Dezembro de 2019	1 a 15 de Janeiro de 2020
Pedidos de Autorização							
Reuniões com Equipa Multidisciplinar/Patrocionadores							
Realização das Educações para a Saúde							
Reaplicação dos Questionários							

APENDICE III – PLANOS DE SESSÃO

Sessão de Educação para Saúde: Sessão de Educação – Atividade física			
Local: Município em Estudo			
Destinatário: Pessoas com Diabetes Tipo 2		Data: 14/11/2019 a 21/11/2019	
Formadores: Mestranda; Fisioterapeuta UCSP;			
Hora Início: 17H		Hora Fim: 17H:45min	
Local de realização: Sala da Câmara Municipal			
Objetivo Geral: Que os formandos reconheçam a importância da prática do exercício físico			
Objetivos Específicos:			
- Que os formandos:			
• Reconheçam a importância da atividade física regular • Reconheçam a importância da prática do exercício físico • Pratiquem sessão de exercício físico			
Conteúdos	Métodos e Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
- Apresentação do formadores; - Apresentação dos objetivos e temas a desenvolver nesta sessão de educação para a saúde	Expositivo	Computador e projetor multimédia	± 5min
- Atividade Física – Conceito, duração, intensidade e exercícios	- Expositivo - Interrogativo - Demonstrativo	- Computador; projetor multimédia;	± 10 min
- Questionário de avaliação: da formação	- Ativo	- Questionário impresso em papel;	± 5 min.
- Conclusão: resumo da temática da formação; esclarecimento de dúvidas.	- Expositivo	- Computador e projetor multimédia	± 5 min
Sessão Prática	- Demonstrativo	Cadeira	± 20 min

Sessão de Educação para Saúde: Sessão de Educação – Alimentação Saudável e Shoowcooking			
Local: Município em Estudo			
Destinatário: Pessoas com Diabetes Tipo 2		Data: 14/05/2019 a 21/11/2019	
Formadores: Mestranda; Nutricionista da URAP; Pasteleiro			
Hora Início: 15H:30min		Hora Fim: 16H:45min	
Local de realização: Sala da Câmara Municipal			
Objetivo Geral: Que os formandos reconheçam a importância da Alimentação Saudável			
Objetivos Específicos:			
- Que os formandos:			
• Reconheçam a importância da Alimentação Saudável • Saibam quais os cuidados a ter para uma alimentação saudável • Reconheçam a adaptação das receitas convencionais			
Conteúdos	Métodos e Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
- Apresentação dos formadores; - Apresentação dos objetivos e temas a desenvolver nesta sessão de educação para a saúde	- Expositivo	Computador e projetor multimédia	± 5 min
- Alimentação Saudável o que é, Porções, dicas de poupança	- Expositivo - Interrogativo - Demonstrativo	- Computador; projetor multimédia;	± 25 min
- Questionário de avaliação: da formação	- Ativo	- Questionário impresso em papel;	± 10 min
- Conclusão: resumo da temática da formação; esclarecimento de dúvidas.	- Expositivo	- Computador e projetor multimédia	± 5 min

Shoowcooking	- Demonstrativo	Utensílios de Cozinha; Ingredientes e Forno	± 30 min
--------------	-----------------	---	----------

Sessão de Educação para Saúde: Sessão de Educação – Mapas de Conversação

Local: Centro de Saúde do Local de Estágio

Destinatário: Pessoas com Diabetes Tipo 2 **Data:** 06/12/2019

Formadores: Mestranda;

Hora Início: 15H:00min **Hora Fim Prevista:** 16H:00min

Local de realização: Sala da UCSP

Objetivo Geral: Que os formandos reconheçam a importância da mudança dos estilos de vida

Objetivos Específicos:

- Que os formandos:

- Reconheçam a importância dos mapas de conversação
- Pratiquem sessão com mapas de conversação

Conteúdos	Métodos e Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
- Apresentação do formador; - Apresentação dos objetivos e temas a desenvolver	Expositivo	Computador e projetor multimédia	± 5min
- Mapa de conversação – Conceito, Início da Conversa	- Expositivo - Interrogativo - Demonstrativo	- Mapa de Conversação	± 45min
- Questionário de avaliação: da formação	- Ativo	- Questionário impresso em papel;	± 5 min.
- Conclusão: resumo da temática da formação; esclarecimento de dúvidas.	- Expositivo	- Computador e projetor multimédia	± 5 min

APENDICE IV – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



**(Con)viver Melhor com a Diabetes:
Promoção do Autocuidado da
Pessoa com Diabetes**



**(CON)VIVER
MELHOR
COM A DIABETES**

Mónica Sofia Castelbano Nunes Miranda – 7079

Diabetes

- A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença metabólica, crónica cada vez mais frequente, cuja prevalência aumenta expressivamente com a idade, atinge ambos os sexos, tem forte componente hereditária, todavia os seus principais genes predisponentes ainda não foram identificados (Observatório da Diabetes, 2014).
- Ligado à diabetes o estilo de vida sedentária, o excesso de peso e os hábitos tabágicos justificam cada vez mais o diagnóstico da DM em jovens e até mesmo em crianças (APDP, 2009).

Quinta-feira, 14 de Novembro de 2019

Diabetes

- É imprescindível motivar a pessoa, criar um plano terapêutico adequado e individualizado que vá ao encontro das necessidades da pessoa, ao seu modo de vida bem como às crenças e valores.
- É necessária uma alimentação saudável (fracionada e equilibrada), exercício físico, autovigilância/autocuidado, adesão ao regime terapêutico, seja terapêutica oral e/ou insulinoterapia, para o tratamento da diabetes.

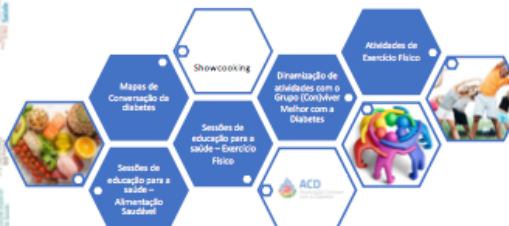
Quinta-feira, 14 de Novembro de 2019

Diabetes

- É crucial que o tratamento passe pelo autocontrolo da pessoa com diabetes, uma vez que é uma doença crónica o tratamento não passa pela cura, mas sim pela aquisição de conhecimentos para adotar comportamentos saudáveis mudança de estilo de vida (Bastos, Milton & Lopes, 2007).
- Se a pessoa com diabetes possuir apoio social, seja ao nível dos profissionais de saúde, seja da família, o tratamento terá uma maior adesão. O suporte social, é fundamental para a adoção do autocuidado, bem como para a aceitação de comportamentos saudáveis, que levam a um bem-estar.

Quinta-feira, 14 de Novembro de 2019

Atividades



Quinta-feira, 14 de Novembro de 2019



Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrário, abstém-te de o ajudar.

Sócrates

Quinta-feira, 14 de Novembro de 2019

A alimentação saudável é importante porque...

- Garante o crescimento e desenvolvimento mais adequado
- Fornece energia e nutrientes essenciais ao bom funcionamento do organismo
- Contribui para a manutenção do bom estado de saúde física e mental
- Fundamental para a prevenção de doenças (obesidade, carências nutritivas, doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de cancro) (UCCCCB, 2014)

Quinta Feira, 14 de Novembro de 2019

Alimentação Saudável

- Variada**
Variar o consumo de alimentos dentro do mesmo grupo.
- Completa**
Ingerir alimentos de cada grupo.
Beber água diariamente.
- Equilibrada**
Ingerir maior quantidade de alimentos dos grupos com maior representação e menor quantidade dos grupos com menor representação.

Quinta Feira, 14 de Novembro de 2019 UCCCCB, 2014

Roda dos Alimentos

Grupo	Alimentos	Consumo	Porcentagem
Grupo I	Cereais e derivados, Tubérculos	Consumir 4-11 porções	28%
Grupo II	Hortícolas	Consumir 3-5 porções	23%
Grupo III	Fruta	Consumir 3-5 porções	20%
Grupo IV	Leite e derivados	Consumir 2-3 porções	12%
Grupo V	Carne, Peixe e Ovos	Consumir 1,5-4,5 porções	9%
Grupo VI	Leguminosas	Consumir 2-3 porções	4%
Grupo VII	Gorduras e Óleos	Consumir 5-9 porções	2%

Quinta Feira, 14 de Novembro de 2019
Fonte: <http://www.alimentacaoemportugues.pt>

Roda dos Alimentos

- Devemos ingerir porções de todos os grupos de alimentos
- O número de porções recomendadas varia consoante as necessidades individuais
- Adolescentes e adultos ativos pelos limites superiores e a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.

Quinta Feira, 14 de Novembro de 2019

Refeições Diárias

- 6 Refeições Diárias
- Pequeno Almoço
- Meio da Manhã
- Almoço
- Lanche
- Jantar
- Ceia

Quinta Feira, 14 de Novembro de 2019

Um dia alimentar equilibrado e económico...

Um dia alimentar equilibrado e económico....
Quando as opções na despensa são:
Leite, Pão, Fruta, Hortícolas, Ovos e Feijão

Cereais, derivados e tubérculos - 10	Carne, Pescado e Ovos - 2
Hortícolas - 4	Leguminosas - 1
Fruta - 3	Gorduras e Óleos - 2
Laticínios - 3	

Quinta Feira, 14 de Novembro de 2019



Planear...

- Para garantir a prática de uma alimentação saudável é essencial planejar todas as suas refeições de forma atempada. Um correto planeamento da sua alimentação irá permitir:
- Obter alimentos dos diferentes grupos representados na Roda dos Alimentos respeitando as proporções recomendadas;

Quinta-Feira, 14 de Novembro de 2019

DGS, 2012



Planear...

- Garantir uma alimentação variada, evitando a repetição de refeições;
- Comprar apenas aquilo que é necessário;
- Utilizar os alimentos que ainda tem disponíveis em casa;
- Poupar tempo ao fazer as suas compra

DGS, 2012

Quinta-Feira, 14 de Novembro de 2019



Continuação...

- Apresentação da Dietista [Redacted]
- Apresentação do Pasteleiro [Redacted]

Obrigada, pela Vossa Presença!

APENDICE V – ARTIGO CIENTÍFICO



Mónica Nunes Miranda – Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre. Portugal

Resumo

O autocuidado desempenha um papel preponderante no sucesso terapêutico do doente diabético, sendo o enfermeiro o facilitador dessa ancoragem. Sendo a diabetes uma problemática a nível mundial e com grande impacto nacional, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, que visa a promoção do autocuidado porque permite restabelecer muitas vezes a funcionalidade do dia-a-dia, por forma a manter um elevado nível de satisfação cognitivo, físico e social. **Objetivo:** Caracterizar a capacidade para o autocuidado do doente diabético. **Metodologia:** Estudo transversal de abordagem quantitativa, longitudinal com um desenho descritivo e amostragem por conveniência. A colheita de dados foi efetuada a 30 doentes, de 05 a 28 de Junho de 2019 e de 19 de Setembro a 15 de Outubro de 2019 de um Centro de Saúde o Norte Alentejo. Os dados foram recolhidos com questionário sociodemográfico e a escala de autocuidado da diabetes. Posteriormente os dados foram inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences*. **Resultados:** Identificaram-se como problemas principais o défice nas dimensões: alimentação e atividade física. **Conclusões:** De acordo com os resultados obtidos verifica-se a necessidade de realização de intervenções temáticas na população alvo por forma a promover o autocuidado.

Descritores: Autocuidado, diabetes mellitus e promoção da saúde.

ABSTRACT

The self-care play's a preponderant role in the therapeutic success of the diabetic patient, and the nurse is of this anchorage. Diabetes being a worldwide problem with big national impact, therefore, a project of community intervention was developed, which aims to promote self-care because it often re-establishes the functionality of everyday life, in order to maintain a high level of cognitive, physical and social satisfaction. **Objective:** Characterize the capacity for self-care of the diabetic patient.

Methodology: Cross-Sectional study of quantitative, approach longitudinal with a descriptive drawing and convenience sampling. The data were collection has been performed on 30 patients from 05 to 28 June 2019 and from 19 September to 15 October 2019 from a Health Center in the North Alentejo. The data has been collected using a sociodemographic questionnaire and the diabetes self-care scale. Subsequently the data has been entered into the Statistical Package for the Social Sciences program. **Results:** The main problems are: deficits in the specific diet and physical activity. **Conclusions:** According to the results obtained there is a need for thematic interventions in the target population in order to promote the self-care.

Keywords: Self-care, diabetes mellitus and health promotion.

RESUMEN

El autocuidado desempeña un papel preponderante en el éxito terapéutico del enfermo diabético, siendo el enfermero el facilitador de ese anclaje. Como la diabetes es un problema mundial y tiene un gran impacto nacional, se desarrolló un proyecto de intervención comunitaria, destinado a promover el autocuidado porque a menudo restablece la funcionalidad de la vida cotidiana, a fin de mantener un alto nivel de Satisfacción cognitiva, física y social. **Objetivo:** Caracterizar la capacidad de autocuidado del paciente diabético. **Metodología:** Estudio Transversal de enfoque cuantitativo longitudinal con un diseño descriptivo y muestreo de conveniencia. Se recopilieron datos de 30 pacientes del 05 al 28 de junio de 2019 y del 19 de septiembre al 15 de octubre de 2019 de un Centro de Salud en el norte de Alentejo. Los datos fueron recolectados utilizando un cuestionario sociodemográfico y la escala de autocuidado de diabetes. Posteriormente, los datos se ingresaron en el programa Paquete Estadístico de Ciencias Sociales. **Resultados:** Los principales problemas fueron los déficits en la dieta específica y la actividad física. **Conclusiones:** con base en los resultados obtenidos, existe la necesidad de intervenciones temáticas en el público objetivo para promover el autocuidado.

Palabras Clave: Autocuidado, diabetes mellitus y promoción de la salud.