



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO: Prevenção da Diabetes em pessoas de meia-idade

Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Sobral Canhestro

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO: Prevenção da Diabetes em pessoas de meia-idade

Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Sobral Canhestro

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

“A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.”

Aristóteles, Século V a.C.

AGRADECIMENTOS

Ninguém consegue atingir os seus objetivos e concretizar as suas metas pessoais e profissionais sem apoio. Apoio de encorajamento, amizade, confiança e colaboração. Após 30 anos de enfermagem, foram muitos os que contribuíram para ser a pessoa que hoje sou e que se encontra na concretização a mestre e especialista de enfermagem em saúde comunitária e de saúde pública.

Agradeço à professora doutora Ana Maria Sobral Canhestro pela orientação, disponibilidade e aconselhamento com todos os conhecimentos e saberes para caminhar nesta “jornada”.

O meu obrigado ao supervisor mestre e enfermeiro especialista em enfermagem comunitária Luís Pereira Rosa, pela disponibilidade, apoio e orientação, incansável no caminhar até à concretização deste projeto.

Agradeço ao Senhor Coordenador da Unidade Funcional de Saúde Dr. Luís Coentro e à equipa Dr^a Ana Margarida Ramalho, nutricionista, à Dr^a Josie Garcia, e à Alexandra, estagiária à ordem dos nutricionistas, que permitiram o desenvolvimento do meu trabalho neste campo de estágio, pela receptividade, disponibilidade e colaboração para a concretização de todo este processo.

Um agradecimento à minha família, suporte fundamental em todo o meu caminhar e crescimento. Especialmente aos meus amados e adorados filhos, Tiago e Pedro, por todo o apoio incondicional, colaboração e sempre acreditarem que para a mãe nada era impossível. À minha querida mãe, pelo incentivo, pois sempre acreditou na filha e na concretização para atingir o que se propunha.

Um obrigado com muito carinho à minha amiga e colega enfermeira especialista em enfermagem comunitária Beatriz Ferreira incondicional no apoio, disponibilidade, partilha e apreciação deste meu projeto.

Aos colegas o meu obrigado pela partilha profissional ao longo dos anos, que permitem a troca de saberes e experiências, enriquecendo-nos e tornando-nos melhores profissionais na nossa prestação de cuidados de saúde.

Aos amigos que são maravilhosos porque nos ajudam a seguir ao longo do caminho rumo às nossas concretizações.

Grata a todos pela iluminação.

RESUMO

O risco da diabetes mellitus tipo 2, apresenta-se como problema priorizado no diagnóstico de saúde efetuado à população-alvo de uma equipa da USF AlfaBeja, dos 50 aos 64 anos, adultos de meia-idade, que levou ao desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária. O objetivo foi promover a capacitação das pessoas, individualmente ou em grupo, para adotarem comportamentos adequados/saudáveis perante os seus estilos de vida. Foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde e teve presente o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O enfermeiro em saúde comunitária desempenha um papel fulcral na educação para a saúde e na promoção de estilos de vida saudáveis, que visam a prevenção da doença.

A prevenção primária efetiva é a chave para reduzir a crescente prevalência de diabetes mellitus tipo 2. Promover a saúde no adulto é promover mais qualidade de vida no idoso, perante a atual longevidade.

Descritores: Prevenção primária, Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermagem em Saúde Comunitária

ABSTRACT

The risk of type 2 diabetes mellitus is a priority problem in the health diagnosis performed to the target population of a USF AlfaBeja team, from 50 to 64 years old, middle-aged adults, which led to the development of a community intervention. The objective was to promote the empowerment of the people, individually or in groups, to adopt appropriate/healthy behaviors towards their lifestyles. The methodology of health planning was used and the Nola Pender Health Promotion Model was present. Community health nurses play a key role in health education and promotion healthy lifestyles which aim to prevent the disease.

Effective primary prevention is the key to reducing the increasing prevalence of type 2 diabetes mellitus. Promoting health in the adult is to promote more quality of life in the elderly, given the current longevity.

Keywords: Primary prevention, Type 2 Diabetes Mellitus, Community Health Nursing

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalência de Diabetes em Portugal (população dos 20 – 79 anos) em 2015	28
Figura 2. Metas de Saúde a 2020	31
Figura 3. Modelo de determinantes sociais da saúde.....	33
Figura 4. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde, Nola Pender	35
Figura 5. Mapa de Portugal	45
Figura 6. Mapa dos concelhos do distrito de Beja	46
Figura 7. Mapa das freguesias do concelho de Beja.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Taxa de Prevalência de Diabetes de adultos por país em 2015	28
Gráfico 2. Distribuição da prevalência da Diabetes por região na população com idades entre os 25 e os 74 anos em 2015	29
Gráfico 3. Distribuição pelo risco de diabetes tipo 2.....	51
Gráfico 4. Distribuição pelo risco de diabetes tipo 2.....	51

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. População total residente em Portugal.....	42
Quadro 2. Esperança de vida à nascença: total e por sexo	43
Quadro 3. Doenças crónicas mais frequentes, dados relativos a 31 de dezembro de 2017 (universo de 14880 utentes).....	44
Quadro 4. Classificação de cada problema identificado (segundo o método de Hanlon)	53
Quadro 5. Avaliação das taxas de adesão e satisfação em relação às metas e objetivos específicos.....	76

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. População residente com mais de 15 ou mais anos por sexo, grupo etário e tipo de doença crónica	30
---	----

Tabela 2. Índice de Envelhecimento em Portugal e NUTS II de 1950 e 2011 ...	43
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO 1. Autorização do Senhor Coordenador da Unidade Funcional de Saúde.....	II
ANEXO 2. Autorização da Comissão de Ética.....	IV

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Instrumento de Colheita de Dados para Diagnóstico de Saúde.....	VII
APÊNDICE 2. Pedido de Autorização ao Senhor Coordenador da Unidade Funcional de Saúde.....	XI
APÊNDICE 3. Pedido de Autorização à Comissão de Ética.....	XIII
APÊNDICE 4. Consentimento de Participação.....	XXIX
APÊNDICE 5. Comunicação das Consultas Disponibilizadas aos Utentes..	XXXI
APÊNDICE 6. Cronograma de Atividades.....	XXXIII
APÊNDICE 7. Artigo Científico Realizado no Decorrer do Estágio Final.	XXXV
APÊNDICE 8. Convite e Plano para os Utentes para a Sessão de Educação para a Saúde: Estilos de Vida Saudáveis – Prevenção de Diabetes.....	XXXIX
APÊNDICE 9. Plano da Sessão de Educação para a Saúde: Estilos de Vida Saudáveis – Prevenção de Diabetes.....	XLII
APÊNDICE 10. Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde: Estilos de Vida Saudáveis – Prevenção de Diabetes.....	XLIV
APÊNDICE 11. Receita Modificada de Bolinhos de Laranja para os Utentes.....	LII
APÊNDICE 12. Questionário de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde.....	LIV
APÊNDICE 13. Convite para os Utentes para a Sessão de Educação para a Saúde: Hábitos Alimentares Saudáveis.....	LVI
APÊNDICE 14. Convite para os Utentes para a Sessão de Educação para a Saúde: Atividade Física Saudável.....	LVIII
APÊNDICE 15. Flyer distribuído aos Utentes do Projeto.....	LX

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AGJ - Anomalia de Glicémia em Jejum

APA - American Psychological Association

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DCV - Doença Cardiovascular

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo 1

DM2 - Diabetes Mellitus Tipo 2

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

HTA - Hipertensão Arterial

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

NCDs - Doenças Crónicas Não Transmissíveis

NUTS II - Núcleo de Unidades Territoriais Estatísticas

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OND - Observatório Nacional da Diabetes

ONU - Organização das Nações Unidas

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNPAF - Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TDG - Tolerância Diminuída à Glicose

UC - Unidade Curricular

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

Introdução	16
1. Enquadramento Teórico	20
1.1. Fisiopatologia e Evolução da Diabetes	20
1.2. Epidemiologia da Diabetes	26
1.3. Prevenção da Diabetes	31
1.4. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	34
2. Metodologia e Considerações Éticas	39
2.1. Metodologia de Planeamento em Saúde	39
2.2. Considerações Éticas	40
3. Diagnóstico de Saúde	42
3.1. Caracterização da População	42
3.1.1. Caraterização Demográfica e de Saúde	42
3.1.2. Caraterização Física, Social e Económica	45
3.2. Caracterização do Contexto	48
3.3. Análise dos Resultados	50
4. Determinação de Prioridades.....	52
5. Definição de Objetivos	56
5.1. Metas e Indicadores	58
6. Seleção de Estratégias	65
7. Preparação Operacional e Implementação	67
7.1. Seleção das Intervenções e Cronograma de Atividades	67
7.2. Previsão dos Recursos	68
7.3. Comunicação e Divulgação do Projeto.....	69
7.4. Execução das Atividades	70

7.5. Seguimento do Projeto.....	75
8. Avaliação do Projeto	76
9. Reflexão sobre o Desenvolvimento e Aquisição de Competências	78
Conclusão	82
Referências Bibliográficas.....	86

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “estamos a viver num mundo em mudança, crescimento desigual, resultados desiguais, vidas mais longas e melhor saúde, mas não em todo o lado (...) adaptação a novos desafios em saúde, perante um mundo globalizado, urbanizado e em envelhecimento”. (OMS, 2008, p.5).

Na Conferência de Alma-Ata foi lançado o grande desafio aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), para se conseguir melhor saúde no mundo. Os CSP de uma forma geral representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, em que os cuidados de saúde “são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (Declaração de Alma-Ata, 1978, p.1,2). Novos rumos e orientações para os CSP foram lançados, mais recentemente, fundamentais na concretização para se conseguir mais e melhor saúde no mundo (OMS, 2008).

As unidades de saúde devem ser locais propícios à promoção da saúde, por isso, é necessário que os enfermeiros estejam capacitados e sejam capacitadores para as mudanças de comportamentos dos cidadãos. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve assumir assim a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades de saúde das populações, desenvolvendo as suas práticas na promoção da saúde, prevenção de complicações, satisfação e bem-estar dos utentes, planeamento em saúde e vigilância epidemiológica. Como, nos refere a Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

o envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte. (OE, Diário da República 2ª Série – Nº 118, 2015, p. 16481,16482).

Foram enumerados no mesmo documento as categorias descritivas, que estabelecem a base padronizada da qualidade dos cuidados de enfermagem: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde e vigilância epidemiológica.

A elaboração deste relatório visa descrever e refletir o processo de desenvolvimento do Projeto de Intervenção desenvolvido no Estágio, no âmbito do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Este projeto de intervenção comunitária decorreu numa Unidade Funcional de Saúde, USF AlfaBeja, no concelho de Beja, abrangida pela Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Alentejo.

A primeira fase deste projeto decorreu no Estágio I, com a realização do diagnóstico de saúde que nos permitiu identificar problemas e necessidades em saúde, estabelecendo prioridades para intervir.

O Estágio II decorreu durante o período de 17 de setembro de 2018 a 25 de janeiro de 2019 e foi supervisionado por um enfermeiro especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde pública. A conceção e implementação do projeto de intervenção comunitária denominado RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO: Prevenção da Diabetes em pessoas de meia-idade, teve como base a Metodologia de Planeamento em Saúde, tendo como suporte teórico o Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender.

De acordo com a base metodológica deste projeto, planeamento da saúde é percebido “como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários...” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.23). Estes autores consideram as principais etapas do processo de planeamento da saúde: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação, tendo presente, que este, constitui um processo dinâmico e contínuo.

Constata-se que a longevidade é uma realidade e existindo uma elevada prevalência de doenças crónicas entre os idosos, entre as quais, a diabetes, embora suscetível de surgir em qualquer idade, a “...promoção da saúde na infância, juventude e

idade adulta é determinante para sermos idosos mais saudáveis e funcionais a todos os níveis.” (Canhestro & Basto, 2016, p.21).

Promover a saúde é também promover a qualidade de vida. “...importa reforçar as intervenções promotoras de um envelhecimento saudável ao longo da vida que, especificamente na meia-idade, devem ser conjugadas com intervenções de mudança comportamental.” (Canhestro, 2018, p.V)

Dado as características próprias de cada faixa etária, não é possível intervir simultaneamente em todos os grupos, pois requerem intervenções específicas. Decidiu-se por isso atuar na idade adulta e no grupo que se apresenta com maior proximidade de idades ao idoso. Pelo que, o instrumento de colheita de dados foi aplicado às pessoas com idades entre os 50-64 anos de idade, de uma equipa da referida unidade de saúde, pois a população da região Alentejo caracteriza-se por uma população idosa, apresentando diversas patologias crónicas, tais como Diabetes, Obesidade, Hipertensão Arterial, entre outras. Após a aplicação e análise do instrumento de colheita de dados à população-alvo, que abordou dados sociodemográficos e de saúde que se consideraram relevantes para o estudo como tabagismo e alcoolismo, o problema prioritário que emergiu foi Risco de Diabetes Mellitus Tipo 2. Há ainda que referir o interesse deste projeto para esta Unidade de Saúde, pois trabalha a problemática referida e por isso vai de encontro às áreas a intervir no cumprimento de objetivos e metas referenciados pelo ACES do Baixo Alentejo.

Para este projeto definiu-se como objetivo geral intervir na prevenção da diabetes, ao nível do risco da diabetes mellitus tipo 2 e mais especificamente promover a capacitação individual ou em grupo para a adoção de comportamentos e atitudes adequados e saudáveis face aos seus estilos de vida.

Este relatório encontra-se dividido em quatro partes, tendo em conta as fases de Metodologia de Planeamento em Saúde.

Primeiramente é efetuado o enquadramento teórico, contextualizando e fundamentando a temática e apresentando o referencial teórico de Enfermagem que orientou a implementação de atividades. Onde se abordou a problemática da Diabetes e a importância da sua promoção e prevenção, enquanto problemática mundial, nacional e regional. As considerações éticas foram consideradas, tendo sido desenvolvido o projeto de estágio com autorização do Coordenador da USF AlfaBeja e da Comissão de Ética.

Numa segunda parte, serão apresentadas as etapas desde o diagnóstico de saúde à fase de operacionalização. Será referida a metodologia utilizada para a sua realização, a caracterização do concelho de Beja e da unidade de saúde familiar, os resultados e respetiva priorização de problemas, com fixação de objetivos que guiaram a implementação das atividades. Serão ainda, enumeradas as estratégias selecionadas, apresentadas as intervenções, resultados obtidos e avaliação do projeto.

Na terceira parte, será efetuada uma reflexão das competências adquiridas durante o processo, mencionando as competências de grau de mestre, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro da área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Numa quarta parte, para finalizar, será efetuada uma conclusão do relatório.

Este trabalho cumpre as regras do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e a norma de referência American Psychological Association – APA, 6ª Edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Fisiopatologia e Evolução da Diabetes

Em 1973 foi criado o primeiro programa nacional de luta contra a diabetes, por Baltazar Rebelo de Sousa, Ministro da Saúde e Assistência, com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian. Em 1976 a Direcção-Geral da Saúde, nas Comemorações dos 50 anos da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) referia que 2 milhões de portugueses poderiam vir a desenvolver diabetes no futuro. Como nos refere Boavida (2016), menos de 5% da população mundial apresenta diabetes tipo 1, surgindo em idades cada vez mais jovens. Mas, a maior prevalência surge com a diabetes tipo 2, que se apresenta com mais de 400 milhões de pessoas, sendo considerado uma das maiores ameaças à saúde pública do século 21. (Marinho, Vasconcelos, Alencar, Almeida & Damasceno, 2013).

A diabetes é uma doença crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não pode efetivamente usar a insulina que produz. (WHO, 2018), sendo uma condição definida pelo nível de glicémia elevado que leva ao risco de complicações microvasculares a longo prazo (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Implicando uma diminuição da esperança média de vida e da qualidade da mesma, quer pelo aumento da morbilidade, quer pelas complicações microvasculares relacionadas com a doença, quer pelo aumento do risco de complicações macrovasculares (ex: doença cardíaca isquémica, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica). (WHO, 2006).

As principais complicações crónicas da diabetes são: neuropatia e amputação (quando há danos nos nervos, pode resultar numa perda de sensibilidade nos pés, que combinado com o fluxo sanguíneo reduzido, a neuropatia aumenta a hipótese de úlceras do pé, infeção e eventual necessidade de amputação dos membros); retinopatia (a retinopatia diabética pode levar à cegueira e ocorre por lesão a longo prazo dos pequenos vasos sanguíneos da retina); nefropatia (a diabetes é uma das causas da insuficiência renal); e doença cardiovascular (DCV), a diabetes aumenta o risco de um acidente vascular cerebral (AVC) ou enfarte agudo do miocárdio (EAM) (WHO, 2018).

Muitas destas complicações podem ser evitáveis, se a glicose no sangue for mantida num nível adequado e controlado.

O relatório do Observatório Nacional da Diabetes (OND) realça ainda os seguintes aspetos sobre a diabetes:

- A Diabetes Mellitus (DM), surge com muita frequência na nossa sociedade, em qualquer idade e em ambos os sexos, mas a sua prevalência aumenta muito com a idade.
- A hiperglicemia (açúcar elevado no sangue) na Diabetes, deve-se à insuficiente produção, ou à insuficiente ação da insulina e, muitas vezes à conjugação dos dois fatores.
- Para reduzir as complicações da diabetes é fundamental um controlo da hiperglicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, entre outros e uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (retina, nervos, rim, coração, entre outros). (OND, 2016).

Os critérios de diagnóstico de Diabetes, de acordo com a Norma DGS N.º 2/2001, de 14/01/2011, são os seguintes:

- a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- b) Sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5$ %.(OND, 2016, p.62).

Segundo Viveiros, Borges, Martins, Anahory & Cordeiro (2015, p.2) o “PREVADIAB 2009 a prevalência total de DM2 em Portugal é de 11,7%” e relativamente “à Pré-Diabetes esta atinge 23,2% da população portuguesa com idades compreendidas entre 20-79 anos”.

A tolerância diminuída à glicose (TDG) e a glicemia de jejum alterada (AGJ) são consideradas condições mediadoras na passagem entre normalidade e diabetes (WHO, 2018). Também, pode ocorrer as pessoas apresentarem as duas condições simultaneamente. Quando estas condições ocorrem, são considerados fatores de risco vascular e de risco para a Diabetes.

Os critérios de diagnóstico da Hiperglicemia Intermédia ou de identificação de categorias de risco aumentado para Diabetes são, de acordo com a Norma DGS N.º 2/2011, de 14/01/2011, os seguintes (OND, 2016, p.62):

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

De acordo com a Organização Mundial de saúde (WHO, 2016), os tipos de diabetes são:

- Diabetes tipo 1 – É determinada pela produção de insulina deficiente no corpo devido à destruição das células beta pancreáticas devidos a fatores ambientais, imunológicos e genéticos em combinação. É necessária administração diária de insulina. Apresentam sintomas de excreção excessiva de urina (poliúria), sede (polidipsia), e fome persistente, perda de peso, alterações na visão e fadiga. A causa do diabetes tipo 1 não é evitável. Abrange menos de 5% da população mundial com diabetes.
- Diabetes tipo 2 – É o tipo de diabetes com maior prevalência, com mais de 400 milhões de pessoas. Resulta do uso ineficaz da insulina pelo organismo. Abarca a maioria das pessoas com diabetes em todo o mundo e resulta muitas vezes do excesso de peso corporal e inatividade física. Embora marcada por uma forte componente hereditária, este tipo de Diabetes pode ser prevenido, em grande parte, controlando os fatores de risco. A sintomatologia pode ser semelhante ao da diabetes tipo 1, mas menos intensos ou silenciosos, por vezes determinante para a não deteção da doença durante anos, só diagnosticada quando surgem complicações.
- Diabetes gestacional – Ocorre durante a gravidez e é caracterizada por um valor de glicémia superior ao ideal, mas menor que o estabelecido para o diagnóstico de diabetes. Pode surgir em grávidas que não tenham apresentado diabetes anteriormente e, habitualmente, desaparece quando esta termina. Contudo, existe uma enorme probabilidade de tanto a grávida como o recém-nascido virem a ser pessoas com diabetes do tipo 2, se não forem tomadas medidas de prevenção. Mulheres com diabetes gestacional,

bem como os recém-nascidos têm maior risco de sofrer determinadas complicações na gravidez e parto. A grávida e o recém-nascido têm maior probabilidade de vir a desenvolver a diabetes tipo 2.

Existem outros tipos de diabetes, mas, estes ocorrem com muita menor frequência.

Podemos enunciar os seguintes:

- Diabetes Tipo LADA;
- Diabetes tipo MODY;
- Diabetes Secundário ao Aumento de Função das Glândulas Endócrinas;
- Diabetes Secundário a Doenças Pancreáticas;
- Resistência Congênita ou Adquirida à Insulina;
- Diabetes Associado a Poliendocrinopatias Auto-Imunes;
- Diabetes Relacionados à Anormalidade de Insulina.

Assistimos hoje, a uma globalização que interfere certamente nas mudanças comportamentais das pessoas e dos seus estilos de vida, que pode contribuir para o aumento da prevalência e incidência mundiais da diabetes.

O aumento da prevalência de doenças crônicas resulta da persistência de fatores de risco, muitas vezes relacionados com estilos de vida e do processo de envelhecimento populacional. Mencionando ainda a diabetes mellitus como uma epidemia mundial, apresentando-se como um grande desafio para os profissionais de saúde. (Barros, Lima, Silva, Almeida & Machado, 2014).

Sendo uma patologia crônica de etiologia multifatorial, a abordagem terapêutica da diabetes impõe intervenção diferenciada. As estratégias terapêuticas utilizadas passam pela intervenção ao nível da alimentação, atividade física e medicação, para manter o equilíbrio metabólico do utente diabético e minorar o risco de complicações micro e macrovasculares. (Cruz, Leitão & Ferreira, 2016).

A Organização Mundial de Saúde, diligencia medidas de vigilância, prevenção e controle de diabetes e suas complicações. Entre outras, fornece diretrizes científicas para a prevenção de doenças não transmissíveis importantes, incluindo a diabetes; desenvolve normas e padrões para o diagnóstico; alerta sobre a epidemia global de diabetes, assinalando o dia 14 de novembro como o Dia Mundial do Diabetes; e orienta para a vigilância da diabetes e seus fatores de risco. Define uma Estratégia global sobre dieta,

atividade física e saúde, dirigindo recomendações para governos, indivíduos, sociedade civil e setor privado. (WHO, 2018).

Perceber as causas de morbilidade e morte num país é importante para melhorar a saúde e reduzir mortes evitáveis numa região, num país ou no mundo. As políticas de saúde desempenham um papel fundamental para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis, pois podem desenvolver esforços intersectoriais partilhando dados e informações com as comunidades locais, para debates e discussões. Temos que trabalhar com o utente, para que seja nosso parceiro ativo, no tratamento, na gestão dos seus regimes terapêuticos, medicamentoso, dietético e de exercício, capacitado para tomar decisões informadas, beneficiando de mais ganhos para a sua saúde.

Referindo a WHO (2018) a prevenção acarreta medidas simples de estilos de vida, mostrando-se eficazes em prevenir ou adiar o aparecimento de diabetes tipo 2. Mencionam ainda que para ajudar a prevenir a diabetes tipo 2 e suas complicações, as pessoas devem manter o peso corporal saudável e ser fisicamente ativos - pelo menos, manter com regularidade 30 minutos de atividade. As pessoas deverão manter uma dieta saudável, evitando o açúcar e ingestão de gorduras saturadas e evitar o uso do tabaco - fumar aumenta o risco de diabetes e doenças cardiovasculares.

Sendo que “a adoção de um estilo de vida saudável, através de uma alimentação equilibrada, controlo de peso e aumento da atividade física, constituem a base de tratamento da diabetes tipo 2 e são transversais a todas as fases de tratamento.”. (Duarte, Melo & Nunes, 2015, p.44).

As alterações demográficas implicam novos desafios políticos e públicos, exigindo responsabilidades aos organismos responsáveis. O envelhecimento ativo, surge como paradigma de intervenção que pode contrariar/inverter as tendências nefastas das novas transformações (...) os programas devem procurar enfatizar estilos de vida saudáveis, a alcançar maior qualidade de vida, não descorando as situações socioeconómicas, reforçando a componente reparadora e inclusiva da velhice” (Bárrios et al., 2014, p.1).

Sendo uma realidade o aumento da esperança média de vida, não podemos deixar de refletir, que embora esteja a ser trabalhado o grupo de utentes dos 50 aos 64 anos, não podemos deixar de pensar no grupo de idosos, como o grupo etário seguinte, em que lhe

está subjacente um quadro de envelhecimento. São duas etapas da vida naturais que fazem parte do ciclo de vida, há que tentar assegurar que decorram com efetividade e qualidade.

Tornou-se importante abordar este tema atual e problemático, que pode ser trabalhado perante o risco e atuar-se numa perspetiva preventiva e promotora, visando sempre os ganhos em saúde para as pessoas, grupos e comunidade.

De modo a incidir na promoção e no desenvolvimento de ambientes que diligenciem uma alimentação saudável e atividade física para todos, medidas interventivas coordenadas dos vários sectores de governação, nos principais fatores socioeconómicos e ambientais da saúde, são fundamentais. Estes sectores devem implementar as recomendações da União Europeia (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006). Para isso, os planos de ação são documentos que justificam e definem as principais linhas de ação estratégica para o desenvolvimento das intervenções.

Em Portugal, os níveis de inatividade física e obesidade são elevados e representam um importante problema de saúde pública. Estes elementos representam um desafio crescente em conjunto com outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, diabetes e a vários tipos de cancro. Perante esta situação para dar resposta, Portugal implementou estratégias nacionais na temática da nutrição, prevenção e tratamento da obesidade e promoção da atividade física (OECD, 2017)

A extensão do Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020 apresenta as principais estratégias de ação no domínio da saúde pública. Engloba a redução dos fatores de risco de doenças não transmissíveis, entre os quais, o consumo e a exposição ao tabaco e a redução do excesso de peso e da obesidade na população. Os elementos divulgados, respeitantes a 2013, dão-nos o seguinte panorama da situação atual:

- Mais de 50% dos adultos portugueses sofre de excesso de peso. A prevalência da obesidade traduz-se em cerca de 1 milhão de obesos e 3,5 milhões de pré-obesos;
- Uma alimentação inadequada;
- Os grupos populacionais mais vulneráveis parecem estar mais expostos a situações de doença, excesso de peso e alimentação inadequada. (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2015).

Do mesmo modo, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, trabalha a temática da obesidade em toda a sua complexidade, epidemiologia,

indicadores e sua avaliação e classificação e abordagens terapêuticas, abrangendo qualquer grupo etário e género (DGS, 2017).

A documentação e planos de ação referidos anteriormente, pode-se mencionar algumas medidas que são merecedoras de realce: reduzir as desigualdades em saúde; aumentar a literacia dos cidadãos no sentido da prevenção das doenças crónicas; reduzir o consumo de tabaco; incentivar a alimentação adequada; fomentar a prática regular do exercício físico; diminuir o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Com a idade, as condições de saúde tendem a degradar-se, por ordem natural dos ciclos de vida, apresentando repercussões nas capacidades físicas e psíquicas nos trabalhadores mais velhos. Mas, se por um lado, temos esta vertente, paradoxalmente a atividade laboral pode apresentar ganhos em saúde, porque esta lhes proporciona autoestima e conservação das redes sociais. Como nos dizem Bárrios et al. (2014, p.3), "um percurso de vida mais longo acarreta dificuldades na sua trajetória final (...) É importante intervir no sentido de contrariar o isolamento através de dispositivos formais (clubes, associações, centros de convívio) e das redes familiares informais".

Os meios urbanos devem desenvolver/oferecer as condições favoráveis à promoção da saúde. "Adotar uma perspetiva integrada do curso de vida, promover a flexibilização face à diversidade, fomentar a articulação institucional e organizacional são condições essenciais para promover a otimização de recursos" (Bárrios et al., 2014, p.8).

Pelas consequências da sua morbilidade, a diabetes, é crucial evitar/adiar o mais possível, prevenindo a doença e complicações e investindo na promoção da saúde. "Vários estudos confirmam que a expansão epidémica da diabetes só poderá ser combatida com uma intervenção fundamentada na prevenção primária." (Boavida, 2016, p.2).

1.2. Epidemiologia da Diabetes

Mundialmente a população com diabetes aumentou de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014. Em adultos, a prevalência global de diabetes aumentou de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014. Em 2016, cerca de 1,6 milhões de óbitos foram causados pela diabetes, sendo a 7ª principal causa de morte. (World Health Organization, (WHO), 2018).

Em Portugal, segundo o estudo PREVADIAB, mais de um milhão de pessoas vive com diabetes e mais de 2 milhões têm um risco elevado de a vir a desenvolver. (Bárrios & Fernandes, 2014).

“o impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais (p.p.) da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%.” (OND, 2016, p.8). Defende ainda, o mesmo relatório que perante a pandemia da diabetes em que a prevalência continua a aumentar, temos que atuar e não dar tréguas. (OND, 2016, p.5).

O mesmo relatório apresenta várias considerações para refletir que não podem ser descoradas:

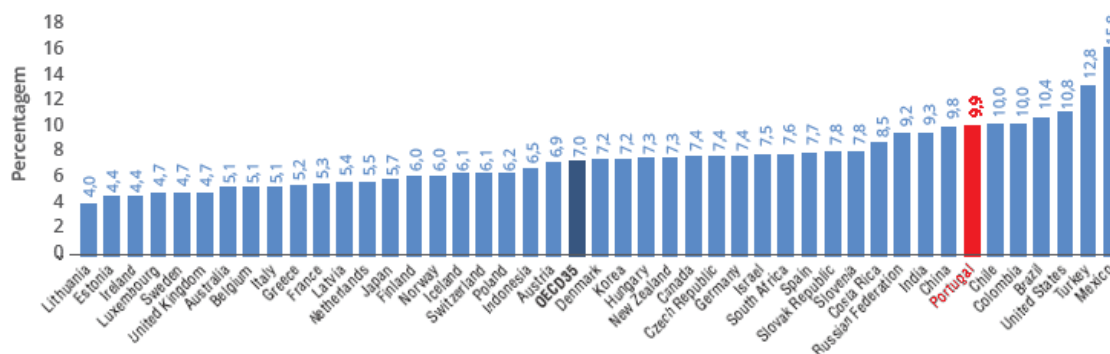
- Em 2015 estima-se a existência de 415 milhões de pessoas com diabetes. E em 2040 poderá aumentar para 642 milhões;
- A nível mundial o número de pessoas com Diabetes Tipo 2, está a aumentar;
- Dos gastos em saúde em 2015, 12% corresponderam à diabetes;
- Existem 192 milhões de pessoas, que não sabem que são diabéticos;
- 5 milhões de mortes em 2015 foram provocados pela diabetes. A cada seis segundos morre uma pessoa por diabetes;
- Um em cada 7 nascimentos, em 2015, a mãe durante a gravidez apresentou hiperglicemia. (OND, 2016, p. 58).

A prevalência da diabetes “na população residente em Portugal com idades entre os 25 e 74 anos, é de 9,8% (superior à media europeia de 9,1%) sendo mais elevada nos homens” (...) “o Relatório da OCDE de 2017 estima que Portugal tinha em 2015 uma taxa de prevalência de diabetes de 9,9% em adultos, valor que se encontra acima da média da OCDE³⁵ que se situa nos 7%.” (DGS, 2017, p.5). Como podemos constatar pelo Gráfico 1.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

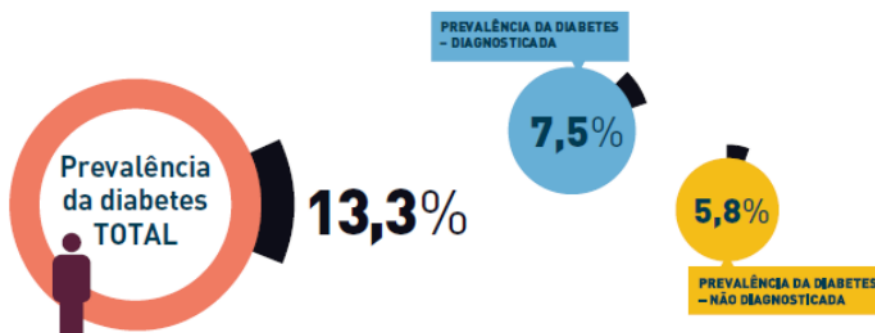
Gráfico 1. Taxa de Prevalência de Diabetes de adultos por país em 2015



Fonte: Health at Glance 2017. Idades 20-79 anos diagnosticados com DM1 e DM2 – DGS, Programa Nacional para a Diabetes, 2017

“em 2015 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes” (...) “o impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%.” (SPD, 2016, p.8). Constatando-se na seguinte Figura 1.

Figura 1. Prevalência de Diabetes em Portugal (população dos 20 – 79 anos) em 2015



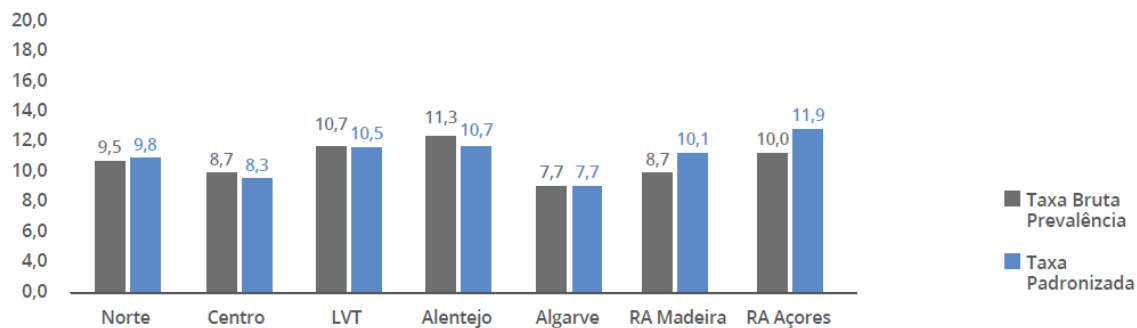
Fonte: PREVADIAB – SPD

Nas várias regiões do país é variável a prevalência da diabetes. “dados de 2015 apontam que o valor mais elevado prevalece na região do Alentejo (11,3%) e o mais baixo na região do Algarve (7,7%).” Como podemos verificar no Gráfico 2.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Gráfico 2. Distribuição da prevalência da Diabetes por região na população com idades entre os 25 e os 74 anos em 2015



Fonte: Adaptado Inquérito Nacional Saúde com Exame Físico (INSEF), 2015 – DGS Programa Nacional para a Diabetes 2017.

A população residente na região Alentejo, com 15 ou mais anos, por sexo, grupo etário e tipo de doença crónica, nomeadamente a diabetes, segundo os números apresentados no Inquérito Nacional de Saúde de 2014, do INE (INE,2016) apresenta-se na seguinte (Tabela 1):

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Tabela 1. População residente com mais de 15 ou mais anos por sexo, grupo etário e tipo de doença crónica

Sexo Grupo etário	Alentejo							
	Dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas	Dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço	Diabetes	Alergias	Cirrose hepática	Incontinência urinária	Problemas renais	Depressão
Total	228 808	174 684	66 333	105 817	x	39 473	30 997	68 184
15-24 anos	x	x	0	18 114	0	0	0	x
25-34 anos	11 709	x	x	x	0	0	x	x
35-44 anos	19 605	12 392	x	15 760	x	x	x	x
45-54 anos	41 156	30 841	x	14 602	x	x	x	9 451
55-64 anos	44 132	35 702	15 201	13 185	x	x	x	14 691
65-74 anos	46 241	40 145	18 463	18 425	x	12 256	9 937	17 264
75-84 anos	45 104	36 446	19 323	11 834	x	14 331	7 213	15 559
85 + anos	16 914	13 618	x	x	x	x	x	x
Homens	79 131	53 672	29 208	40 187	x	12 195	11 911	16 608
15-24 anos	x	0	0	x	0	0	0	x
25-34 anos	x	x	x	x	0	0	x	x
35-44 anos	8 558	x	x	5 833	0	x	x	x
45-54 anos	15 976	11 173	x	x	x	x	x	x
55-64 anos	14 486	10 095	8 995	x	x	x	x	x
65-74 anos	16 699	13 319	7 308	5 201	x	x	x	x
75-84 anos	13 416	10 379	5 873	x	x	x	x	x
85 + anos	4 899	3 574	x	x	x	x	x	0
Mulheres	149 677	121 012	37 125	65 630	x	27 278	19 085	51 576
15-24 anos	x	x	0	x	0	0	0	x
25-34 anos	x	x	x	x	0	0	x	x
35-44 anos	11 048	7 901	0	9 927	x	x	x	x
45-54 anos	25 180	19 668	x	9 501	0	x	x	x
55-64 anos	29 647	25 606	6 206	7 966	x	x	x	12 518
65-74 anos	29 543	26 826	11 155	13 224	x	7 354	x	12 762
75-84 anos	31 689	26 067	13 450	8 174	x	10 457	x	11 157
85 + anos	12 014	10 045	x	x	x	x	x	x

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014.

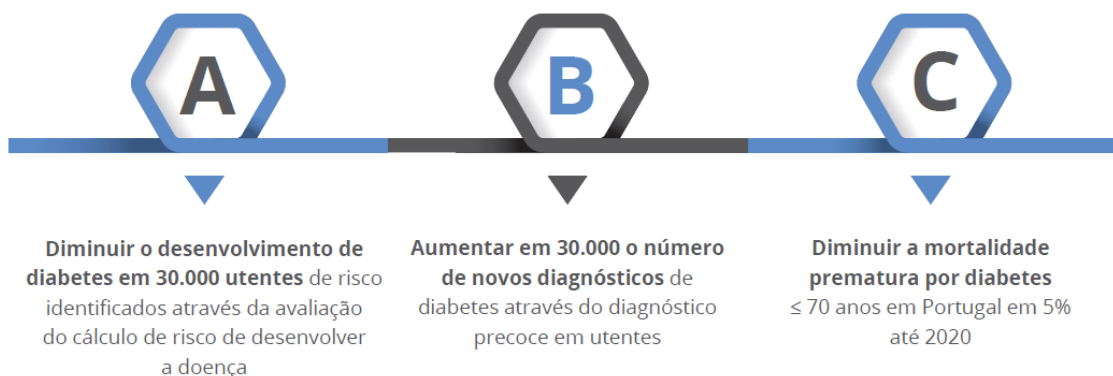
Fonte: INE, NUTS II, 2016

Segundo refere o mesmo documento 9,3 % da população com 15 ou mais anos (cerca de 828 mil) indicou ter diabetes mellitus, mais 21,9 % do que em 2005/2006 (685 mil pessoas) (INE, 2016).

Tendo em conta, os dados epidemiológicos, são elaborados planos e programas de prevenção, de diagnóstico e tratamento precoce da DM, a nível nacional, controlando o crescimento da doença e proporcionando melhores cuidados de saúde, meios de

diagnóstico, tratamento e reabilitação (DGS, 2017). Esta missão é apresentada na Figura 2.

Figura 2. Metas de Saúde a 2020



Fonte: DGS Programa Nacional para a Diabetes, 2017

Perante esta missão, são estabelecidos diversos objetivos para a concretização das metas A, B e C apresentadas para 2020. Para a meta A: “realizar a avaliação do cálculo do risco de Diabetes 2; participar em projetos/programas de prevenção da doença e promoção da saúde”. Para a meta B: “3. Diminuir a percentagem de indivíduos com diabetes não diagnosticada através da avaliação de risco e diagnóstico e tratamento precoce”. E, para a meta C: “promover as boas práticas no tratamento da DM (...) reduzir a mortalidade prematura por diabetes ≤ 70 anos (...) reduzir as hospitalizações por complicações (...) diminuir o número de amputações maior por pé diabético (...) rastreio da retinopatia diabética.” (DGS, 2017, p. 17).

1.3. Prevenção da Diabetes

Os profissionais dos CSP apresentam-se como uma primeira linha de prevenção, tanto na avaliação do risco para a diabetes como na gestão do regime terapêutico da alimentação e atividade física. A diabetes afeta milhões de adultos em todo o mundo, sendo a maioria dos casos diabetes tipo 2. Neste tipo embora pesem outros fatores, podemos intervir nos fatores modificáveis através da adoção de comportamentos saudáveis por parte da população.

A prevenção da DM2, envolve uma certa complexidade e é sentida “a necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional de saúde integrada, que favoreça a participação ativa dos indivíduos classificados de alto risco”, no planeamento e decisões, quanto à adoção de estratégias de mudanças no comportamento. (Marinho et al., 2013, p.5).

Prevenção primária é o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, contribuindo para modificar os fatores de risco ou determinantes, diminuindo a incidência da mesma. Referindo Pender, Murdaugh & Parsons (2011) a promoção da saúde e a prevenção da doença são processos complementares, visando ambos a qualidade de vida em todos os estádios.

a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. (Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986, p.1)

Os determinantes de saúde têm sido considerados e estudados para se entender o binómio saúde-doença e serem consideradas no delinear de estratégias políticas de saúde.

São designados determinantes da saúde os fatores que influenciam, afetam ou determinam a saúde dos cidadãos e dos povos. Segundo George (2014, p. 1), “estima-se que 70% dos determinantes estejam fora do sector da saúde, o que implica que sejam tidos em consideração nos planos e programas que visam a obtenção de mais ganhos em saúde.” O mesmo autor, agrupa os determinantes da saúde em várias categorias: fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, transportes, lazer).

O modelo de determinantes sociais da saúde, que se representa na Figura 3, que no centro identifica as características pessoais, os estilos de vida dos indivíduos, as redes sociais e comunitárias, na camada seguinte os fatores relacionados às condições de vida

e de trabalho e a um nível mais distal, as condições sociais e económicos, culturais e ambientes gerais, relacionados com o meio físico e com os comportamentos individuais.

Figura 3. Modelo de determinantes sociais da saúde



Fonte: Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, DGS (2015)

“de entre, os determinantes de saúde, os estilos de vida saudáveis ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de ganhos em saúde” (George, 2014, p. 1). E, refere ainda, que relativamente às doenças crónicas a OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) “... têm por objetivo controlar a curva epidemiológica traduzida pelos aumentos constantes de incidência e prevalência de doenças crónicas não transmissíveis (NCDs, na sigla inglesa) como a diabetes, doenças cerebrocardiovasculares...”

Por vezes a motivação para a prevenção da doença pode ser coincidente com a motivação para a promoção da saúde. Segundo Pender et al (2011), quando em adultos estes ficam mais vulneráveis, podem coexistir ambas as motivações prevenção da doença e promoção da saúde, para o comportamento de saúde. Se pensarmos na atividade física, numa caminhada diária de 30 minutos, encontramos a motivação para a prevenção da doença (doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2) e a promoção da saúde (flexibilidade, resistência, manutenção do peso, energia).

Podemos então, considerar fundamental a intervenção na prevenção da diabetes, trabalhando os grupos que apresentam risco de desenvolver DM2, promovendo a capacitação das pessoas a adotarem comportamentos e atitudes adequados perante os seus

estilos de vida, tendo presente que nem todos os determinantes pertencem à área da saúde, ideia base da realização deste projeto de intervenção.

1.4. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Após a temática promoção da saúde ser abordada e debatida em diversas conferências internacionais desde Ottawa (1986), podemos referir que as atividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente trabalhadas, sendo entendidas como “o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, a adoção de estilo de vida saudável, a mudança de comportamento, o lazer, e a prática de atividade física.” Fonseca citado por Victor, Lopes & Ximenes (2005, p. 2).

Os modelos conceptuais organizam na globalidade ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos, fornecendo descrições significativas na orientação do pensamento, observação e prática dos educadores. É fundamental um conhecimento baseado na prática, os trabalhos teóricos de enfermagem, que podem ser modelos conceptuais, grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias de enfermagem, “fornecem-nos as perspetivas da enfermagem que orientam o desenvolvimento e a aplicação do conhecimento na investigação, no ensino, na administração e na prática de enfermagem” (Tomey & Alligood, 2004, p.31).

A educação de Nola Pender foi muito influenciada no cuidar do outro e a sua crença desenvolveu-se na perspetiva de que o objetivo da enfermagem era o ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias. Esta teórica de enfermagem contribuiu para o saber de enfermagem na promoção da saúde através da sua investigação, do ensino, das comunicações e obra (Tomey & Alligood, 2004, p.699).

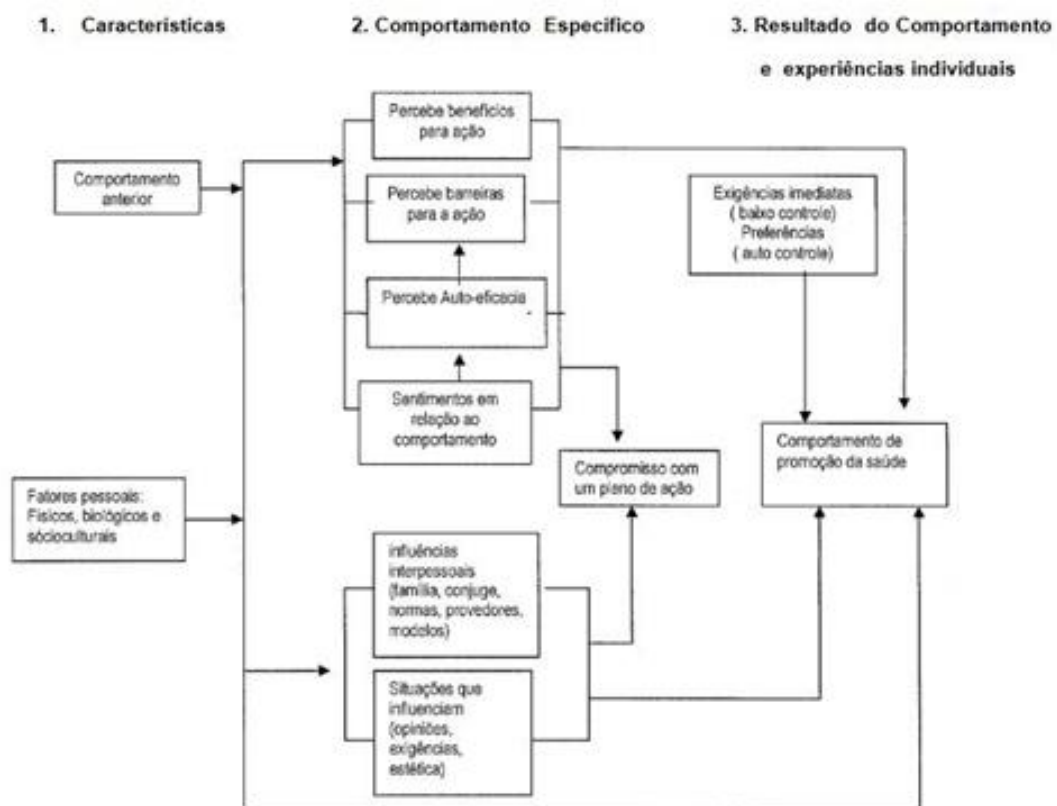
Pender defende os seus propósitos e em 1975 publica A Conceptual Model for Preventive Health Behaviour, cria o Modelo de Promoção da Saúde, que foi publicada a primeira edição em 1982 Health Promotion in Nursing Practice. Este modelo foi revisto, aperfeiçoado e apresentado, com a última publicação em 2002, uma quarta edição de Health Promotion in Nursing Practice, com a coautoria de Pender, Murdaugh e Parsons. O Modelo foi revisto com base em considerações teóricas e investigações de forma a sustentar e potenciar o Modelo de Promoção da saúde. A versão atual do modelo

apresenta uma perspectiva holística que agrega a Enfermagem, a Psicologia Social e a Teoria da Aprendizagem (Tomey & Alligood, 2004).

O modelo de promoção da saúde de Nola Pender, é um modelo de enfermagem que consiste num referencial teórico, para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde. Todos os comportamentos estão descritos por uma representação gráfica de um diagrama.

Apresenta-se o Modelo de Promoção da Saúde na Figura 4.

Figura 4. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde, Nola Pender



Fonte: Victor, Lopes & Ximenes (2005, p.3)

A criação deste modelo baseou-se em amostras masculinas e femininas, de jovens, adultos e idosos ao longo do ciclo vital, sugerindo uma forma de elucidar e prognosticar o componente promotor de saúde do estilo de vida. Estudando a forma de como as pessoas tomam decisões sobre a sua saúde, trabalhando os complexos processos biopsicossociais e culturais que motivam as mesmas a adotar comportamentos que aumentem a sua saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Victor et al (2005, p.3) sobre este Modelo de Promoção da Saúde, refere que pode:

“ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável”.

Apontam-se assim, como fatores contribuintes para comportamentos promotores da saúde os benefícios de ação percebidos, percepção de barreiras à ação, autoeficácia percebida, influências pessoais os fatores: biológicos, psicológicos (autopercepção da saúde) e socioculturais e influências situacionais.

O Modelo considera a multiplicidade das pessoas que interagem com o ambiente na procura de saúde e estabelece catorze postulados referidos na quarta edição da obra de Nola Pender Health Promotion in Nursing Practice que compreendem:

- O comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas afetam e regulamentam o comportamento de promoção de saúde;
- As pessoas comprometem-se a ter comportamentos que antecipem benefícios valorizados para si próprios;
- As barreiras compreendidas podem inibir o compromisso com a ação;
- A competência entendida ou a auto-eficácia para realizar um determinado comportamento aumenta a probabilidade do compromisso com a ação e com o desempenho real do comportamento;
- Perceber a autoeficácia resulta em menos barreiras ao comportamento de saúde específico;
- Uma apresentação positiva resulta numa maior auto-eficácia percebida para o comportamento;
- Existe uma maior probabilidade de compromisso e a ação, quando estão associados ao comportamento emoções ou apresentações positivas;
- As pessoas estão mais propensas a comprometerem-se com e a adotarem comportamentos de promoção da saúde, quando esperam que o comportamento ocorra e prestam ajuda e apoio para permitir o comportamento;

- Os prestadores de cuidados de saúde, as famílias e os pares influenciam as pessoas podendo aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção de saúde”;

- Determinada situação externa pode aumentar ou diminuir o compromisso ou a participação em comportamentos de promoção da saúde;

- Os comportamentos de promoção da saúde mantem-se ao longo do tempo, consoante o compromisso com um plano de ação específico;

- O compromisso com um plano de ação tem mais dificuldade em resultar no comportamento desejado, quando as exigências de competição em que as pessoas têm pouco controle requerem atenção imediata;

- O compromisso com um plano de ação tem mais dificuldade em resultar no comportamento desejado, quando existem outras ações que são mais atraentes e, portanto, preferidas em detrimento do comportamento-alvo;

- As pessoas podem mudar os conhecimentos, a apresentação e os ambientes interpessoal e físico para desenvolver incentivos a ações de saúde (Tomey & Alligood, 2004, p.706).

Após o exposto do Modelo, procuramos relacionar a sua aplicabilidade com o tema do projeto. Queremos compreender a forma de atuar a nível de promoção da saúde em relação à prevenção da diabetes.

As características pessoais e de experiências, o modelo apresenta o comportamento anterior relacionado (comportamento igual ou análogo no passado) e os fatores pessoais - biológicos, psicológicos ou socioculturais. Na diabetes, interferem vários determinantes da saúde, e podem considerar-se os fatores individuais, de ordem biológica, ou da história pessoal do indivíduo, que incluem hábitos e atitudes de atividade física, alimentação, tempo de lazer, padrão de trabalho, descanso, carga genética, entre outros e os fatores relacionais (família, pares, comunidade). Ponderam aqui, os contextos de relacionamentos socioculturais, económicos e o ambiente em geral (onde se desenrolam esses hábitos e atitudes, características da comunidade, a densidade populacional, o isolamento social, o desemprego, a pobreza, valores, crenças, políticas de saúde, de justiça e de educação, entre outros). Os fatores hereditários não são modificáveis quanto à diabetes, mas os fatores potencialmente modificáveis, requerem

intervenções que considerando este modelo, as suas definições, pressupostos e postulados, nos levam a um comportamento de promoção da saúde.

A cognição e afetação do comportamento- compreende o entendimento dos benefícios (resultados positivos que poderão advir do comportamento de saúde), das barreiras (bloqueios antecipados ao comportamento) à ação, da autoeficácia (apreciação da capacidade pessoal para realizar determinado comportamento de promoção de saúde), os sentimentos relativamente ao comportamento (podem influenciar a autoeficácia percebida), as influências interpessoais (família, pares, modelos,...) e as influências situacionais (estética, opções,...). Perante este projeto, estes fatores poderão ser modificados pela educação para a saúde e capacitação individual ou de grupo, aumentando os conhecimentos sobre a temática, entendidas as complicações da patologia, diabetes, fortalecendo capacidades de forma a adotarem comportamentos e atitudes adequados e saudáveis perante os seus estilos de vida.

Para finalizar, o resultado do comportamento e expectativas individuais, que abarca as exigências e preferências de competição imediatas, e o comportamento de promoção da saúde. As exigências, incluem os fatores socioculturais que representam as crenças, os valores, as leis, entre outros, em que as pessoas apresentam um fraco controlo. As preferências, apresentam um elevado controlo por parte das pessoas, pois, dizem respeito a comportamentos alternativos, ou seja, comportamentos e atitudes de escolha pessoal. O comportamento de promoção da saúde, é o fim ou resultado da ação, ou seja, direcionado para resultados positivos de saúde, hábitos e atitudes de continuidade e manutenção adequada e saudável, relativamente aos estilos de vida

2. METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

2.1. Metodologia de Planeamento em Saúde

Planeamento da saúde é um processo contínuo e dinâmico, quando se termina uma etapa não quer dizer que seja definitiva, pode-se sempre que necessário voltar à etapa anterior e refletir ou reformular. Imperatori & Giraldes (1993) referem as principais etapas no processo de planeamento em saúde: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, reparação da execução, execução e avaliação.

Na fase do diagnóstico da situação deve identificar-se os principais problemas de saúde por isso o estudo deverá ser abrangente e perceber os fatores que condicionam esses problemas. Deverá ser também aprofundado e claro de forma a que seja perceptível por todos os intervenientes.

A metodologia usada no diagnóstico de saúde efetuado, baseou-se num estudo quantitativo e foi aplicado um instrumento de colheita de dados (APÊNDICE 1). Pretendeu-se recolher dados direcionados para analisar e avaliar o risco de diabetes mellitus tipo 2 e outros dados que fossem suficientemente abrangentes para o diagnóstico de saúde. Os dados relativos ao risco da diabetes tipo 2 foram os pedidos no SClinico - programa informático que é utilizado para os registos dos utentes pelos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos (programas de saúde, processo de enfermagem, diagnóstico e intervenções, entre outros) - para avaliação e cálculo do risco, que se aplica aos utentes com mais de 18 anos, em que a determinação do risco deve ser calculado a cada 2/3 anos. Os outros dados, levantaram-se para se conseguir uma abrangência, que permitisse estabelecer um diagnóstico e determinar problemas de saúde, elaborando uma priorização.

Este instrumento foi aplicado a uma amostra intencional de pessoas entre os 50-64 anos de idade, pertencentes a uma equipa da unidade de saúde familiar, USF AlfaBeja. Este cálculo do risco de diabetes tipo 2 surge para avaliação no instrumento de colheita de dados, porque foi do interesse da mesma, procurando também dar resposta a um dos objetivos da USF. Podemos referir que este diagnóstico foi ao encontro de uma necessidade identificada na USF AlfaBeja.

Na avaliação dos resultados tivemos em conta que no SClinico a leitura do cálculo do Risco faz-se a partir da análise de risco de o utente vir a desenvolver diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos. É caracterizado segundo os seguintes níveis:

- BAIXO: calcula-se que 1 em cada 100 pessoas desenvolverá a doença
- LIGEIRO: calcula-se que 1 em cada 25 pessoas desenvolverá a doença
- MODERADO: calcula-se que 1 em cada 6 pessoas desenvolverá a doença
- ALTO: calcula-se que 1 em cada 3 pessoas desenvolverá a doença
- MUITO ALTO: calcula-se que 1 em cada 2 pessoas desenvolverá a doença

2.2. Considerações Éticas

Na realização deste projeto de intervenção foram ponderadas as questões éticas inerentes a todas as intervenções planeadas e desenvolvidas.

Foi efetuado o pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados usado no diagnóstico de saúde efetuado ao Coordenador da Unidade de Saúde Familiar AlfaBeja (APÊNDICE 2) e à Comissão de Ética (APÊNDICE 3). Os respetivos pedidos foram autorizados, com parecer positivo (ANEXO 1) e (ANEXO 2), respetivamente.

De acordo com a técnica de recolha de dados selecionada, para este estudo quantitativo, o instrumento de colheita de dados elaborado para determinação do diagnóstico de saúde, obedeceu a uma codificação numérica dos questionários, com total garantia de anonimato. É garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes. Os dados serão recolhidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados, individualmente e com participação voluntária, após assinarem o consentimento informado (APÊNDICE 4).

Relativamente à pesquisa documental, os dados a consultar e a analisar serão provenientes de artigos e publicações disponíveis nas bases de dados científicas.

No decurso deste trabalho os recursos foram utilizados de forma racional e responsável. De referir ainda, que como investigadores e enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros e regidos pelo código deontológico, serão salvaguardados todos os aspetos éticos no decurso deste projeto.

Será sempre intenção, que com este trabalho se possam arquitetar estratégias plurais, para que os ganhos em saúde sejam uma realidade, para o grupo etário em estudo e outros vindouros.

3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

3.1. Caracterização da População

Para a elaboração do diagnóstico de saúde, é fundamental conhecer a população e perceber as suas necessidades específicas de saúde. Procedeu-se ao seu estudo, analisando e identificando as suas especificidades e problemas de forma a enquadrar os recursos disponíveis dessa população, utilizados ou passíveis de serem usufruídos.

3.1.1. Caracterização Demográfica e de Saúde

Entre 2001 e 2017, ocorreram perdas populacionais no Alentejo, Baixo Alentejo e concelho de Beja, como se constata no quadro seguinte (Quadro 1).

Quadro 1. População total residente em Portugal

Territórios	Total	
	2001	2017
Anos 📅		
Portugal	10.362.722	10.300.300
— Continente	9.874.675	9.801.106
+ Norte	3.688.037	3.580.390
+ Centro	2.348.162	2.237.640
+ Área Metropolitana de Lisboa	2.665.212	2.827.514
— Alentejo	776.225	715.019
+ Alentejo Litoral	99.896	94.033
— Baixo Alentejo	134.832	118.446
Aljustrel	10.520	8.445
Almodôvar	8.124	6.851
Alvito	2.677	2.464
Barrancos	1.923	1.678
Beja	35.766	33.913
Castro Verde	7.600	7.046
Cuba	4.991	4.678
Ferreira do Alentejo	8.978	7.928

Fonte: INE, PORDATA (última atualização: 2018-06-15)

Em 14 anos, de 2001 a 2015, a esperança média de vida em Portugal aumentou 3,9 anos para a população em geral, 4,3 anos para os homens e 3,2 anos para as mulheres.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Relativamente ao Alentejo, a tendência foi a mesma, para a população em geral a esperança média de vida aumentou 3,3 anos, para os homens aumentou 3,8 anos e para as mulheres 2,8 anos (Quadro 2).

Quadro 2. Esperança de vida à nascença: total e por sexo

Territórios	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
Anos 🇵🇹	2001	2015	2001	2015	2001	2015
Portugal	76,7	80,6	73,3	77,6	80,1	83,3
— Continente	76,9	80,8	73,5	77,8	80,2	83,5
Norte	77,1	81,0	73,7	78,1	80,2	83,6
Centro	77,4	81,0	74,2	78,1	80,4	83,7
Área Metropolitana de Lisboa	76,4	80,7	72,8	77,7	79,7	83,3
Alentejo	76,7	80,0	73,3	77,1	79,9	82,7
Algarve	76,6	80,3	72,8	77,0	80,3	83,5
+ Região Autónoma dos Açores	73,6	77,3	70,0	73,7	77,2	80,8
+ Região Autónoma da Madeira	73,3	78,0	68,6	74,0	77,2	81,4

Fonte: INE, PORDATA (última atualização: 2017-11-07)

Progressivamente, o aumento da população mais idosa ganha cada vez mais expressão tendo em conta o aumento da esperança média de vida. A partir de 1991, este indicador ganha relevância para a região do Alentejo apresentando sempre dos valores mais elevados em Portugal. Nas duas décadas de 2001 e 2011, o Alentejo e o Centro apresentam os rácios mais elevados do país, cerca de 163 e 130 idosos por cada 100 jovens e 178 e 163, respetivamente (Tabela 2) (Bandeira et al, 2014).

Tabela 2. Índice de Envelhecimento em Portugal e NUTS II de 1950 e 2011

%	1950	1960	1970	1981	1991	2001	2011
Portugal	23,7	27,3	34	44,9	68,1	102,2	127,8
Norte	19,1	20,2	24,2	33,9	51,7	79,8	113,3
Centro	26,6	32,0	42,9	57,9	87,0	129,6	163,4
Lisboa	30,9	37,0	37,4	41,4	68,1	103,5	117,3
Alentejo	23,9	32,6	51,9	72,9	106,6	162,7	178
Algarve	33,6	44,7	66,1	75,2	96,9	127,5	131
Região Autónoma dos Açores	21,9	20,2	26,7	38,0	47,2	60,5	73,3
Região Autónoma da Madeira	16,6	18,8	22,5	34,0	47,4	71,6	90,7

Fonte: INE, Recenseamentos da população Portuguesa

Considerando a evolução demográfica na região do Alentejo é importante trabalhar e refletir as necessidades e problemas de saúde e intervir, para que a qualidade de vida seja uma realidade ao longo das faixas etárias. O enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública, tendo em conta os números apresentados anteriormente, deve pensar em projetos de intervenção comunitária para promover a saúde e prevenir a doença na população em geral, na população adulta, mas também no grupo etário que se lhe segue, idosos, em que a longevidade é uma realidade e os ganhos em saúde são uma finalidade.

Segundo dados da Unidade de Saúde Familiar, a doença crónica diabetes tipo 2 surge em 8º lugar nas patologias mais frequentes em dezembro de 2017, como pode ser verificada no quadro seguinte (Quadro 3).

Quadro 3. Doenças crónicas mais frequentes, dados relativos a 31 de dezembro de 2017 (universo de 14880 utentes)

Doenças crónicas mais frequentes	N	%
Hipertensão sem complicações	2794	18,8%
Alterações do metabolismo dos lípidos	2412	16,2%
Síndrome vertebral com irradiação de dores	2313	15,5%
Abuso do tabaco	2130	14,3%
Rinite alérgica	2006	13,5%
Perturbações depressivas	1736	11,7%
Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	1180	7,9%
Diabetes tipo 2	1105	7,4%
Sinusite crónica / aguda	1060	7,1%
Síndromes da coluna sem irradiação de dor	1045	7,0%
Obesidade	969	6,5%
Doenças dos dentes / gengivas	943	6,3%
Sinais / sintomas da região lombar	810	5,4%
Osteoartrose do joelho	809	5,4%
Outras osteoartroses	777	5,2%

Fonte: USF AlfaBeja

3.1.2. Caraterização Física, Social e Económica

O Distrito de Beja é limitado a Norte pelo Distrito de Évora, a Este pela Espanha, a Sul pela Região do Algarve e a Oeste pelo Oceano Atlântico e o Distrito de Setúbal (Figura 5).

Figura 5. Mapa de Portugal



Fonte: Wikipédia ¹

O Concelho de Beja localiza-se no seio da vasta planície alentejana, abrangendo uma área total de 1.146 Km². A cidade de Beja é a sede do Município, o principal centro funcional do Baixo Alentejo e a capital do distrito mais extensa do país (10.276 Km² de superfície) que se subdivide em 14 concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Odemira (Alentejo Litoral), Ourique, Serpa e Vidigueira. O concelho está limitado a Norte pelos Concelhos de Cuba e Vidigueira, a Este pelo de Serpa, a Sul pelos de Mértola e Castro Verde e a Ocidente pelos de Aljustrel e Ferreira do Alentejo (Figura 6).

¹ https://pt.wikipedia.org/wiki/Distritos_de_Portugal

A map of the Alentejo region in Portugal, showing its 12 municipalities. The municipalities are color-coded and labeled: Alentejo (yellow), Beja (grey), Évora (yellow), Faro (yellow), Lagos (yellow), Lagos (yellow), Lagos (yellow), Lagos (yellow), Lagos (yellow), Lagos (yellow), Lagos (yellow), and Lagos (yellow). The capital, Beja, is marked with a star.

O concelho de Beja é constituído por dezoito freguesias: Alburnoa, Baleizão, S. João Baptista, Salvador, Santa Maria da Feira, Santiago Maior, Beringel, Cabeça Gorda, Mombeja, Nossa Senhora das Neves, Quintos, S. Brissos, S. Matias, Salvada, Santa Clara do Louredo, Santa Vitória, Trigaches e Trindade (Figura 7).

O mapa apresenta o território do Município de Beja, dividido em 14 fregueses. As rotulações são as seguintes:

- TRIGACHES
- S. MATIAS
- S. BRISSOS
- BERINGEL
- NOSSA SENHORA DAS NEVES
- BALEIZÃO
- MOMBEJA
- BEJA (SANTA MARIA DA FEIRA)
- BEJA (SANTIAGO MAIOR)
- BEJA (SALVADOR)
- BEJA (S. JOÃO BAPTISTA)
- SANTA CLARA DE LOUREDO
- SANTA VITÓRIA
- TRINDADE
- CABEÇA GORDA
- QUINTOS
- ALBERNOA
- SALVADA

O distrito de Beja apresenta como património natural a sua vasta paisagem de ar puro, com toda a sua biodiversidade e tranquilidade que a caracteriza. Apresenta grandes

³ <http://www.pracadarepublicaembeja.net/2010/11/a-minha-cidade/regionalizacao-comecar-por-onde/>

florestas de sobreiro, azinho e eucalipto. É notável a riqueza de produtos minerais, entre os quais se destacam o cobre, pirite cuprífera, chumbo, manganés, ferro e antimónio. Sendo uma região meridional apresenta um clima de características mediterrânicas e continentais. A agricultura é fulcral economicamente para o Distrito de Beja, a melhoria do sequeiro e a implantação do regadio são fundamentais para o seu desenvolvimento. Há, que referir, as principais produções no campo vegetal: trigo, cevada, aveia, girassol e azeitona; no campo animal: ovinos, bovinos e suínos; no campo florestal: o sobreiro e a azinheira; no campo da viticultura a região apresenta alguns dos melhores vinhos do mundo.

A cidade de Beja situa-se num morro com 277m de altitude, data da Idade do Ferro, confirmada quando da descoberta do troço de muralha proto-histórica no decurso das escavações da Rua do Sembrano. Esclarecendo as dúvidas sobre a pré-existência de um povoado anterior à ocupação romana. Quando aqui chegaram as tropas de Roma, Beja passou a designar-se Pax Júlia. Com os árabes, a cidade passou a ter a denominação atual. Esta cidade de Pax Júlia, que se pensa ter sido fundada por Júlio César ou por Augusto, desempenhou um papel importante e elementar no funcionamento da grande máquina administrativa que foi a regionalização romana (Município de Beja, 2011).

É possível encontrar tempo para viver com qualidade em Beja, tempo para a família, tempo para descansar um pouco depois de um dia de trabalho, para desfrutar da gastronomia, poder estar com amigos, entre outros momentos de lazer que este Alentejo proporciona, limitado em algumas circunstâncias e serviços, mas oferecendo oportunidades que outros grandes centros urbanos não conseguem oferecer, tempo.

Pax Júlia era a cidade romana mais importante do território português a sul do Tejo. As famosas cartas de amor de Mariana Alcoforado continuam a ser motivo de curiosidade no Convento da Conceição e podem continuar a inspirar os mais românticos.

O Cante Alentejano surge como Património Cultural Imaterial da Humanidade e no âmbito da promoção do Cante no concelho de Beja, foi declarado, em sede de reunião de Câmara, 2015 como o Ano Municipal do Cante. E são desenvolvidas dinâmicas/projetos para dar continuidade a este património cultural às gerações atuais e futuras. Existem vários grupos corais no concelho de Beja (Município de Beja, 2011).

Beja apresenta as seguintes Entidades, entre outras:

- Associações Culturais: Biblioteca Municipal, Casa da Cultura;

- Associações Desportivas: Academia Karaté Beja, Despertar Sporting Clube;
- Associações e Entidades regionais: ERT - Entidade Regional de Turismo, ARECBA - Agência Regional de Energia do Centro e Baixo Alentejo;
- Empresas Públicas: EDIA - Empresa de Desenvolvimento de Infraestruturas do Alqueva SA, EMAS - Empresa Municipal de Águas e Saneamento EM, AdgA - Águas Públicas do Alentejo SA;
- Ensino: Agrupamentos de Escolas, que integram o Ensino Pré-Escolar, 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico e o Ensino Secundário; O Instituto Politécnico de Beja, com as suas quatro escolas: Escola Superior da Saúde, Escola Superior Agrária, Escola Superior da Educação e Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Beja;
- Forças de Segurança: Base Aérea Nº 11 Beja, GNR - Guarda Nacional Republicana, PSP - Polícia de Segurança Pública, Regimento de Infantaria Nº 3 Beja;
- Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS): Associação Recolher e Dar Banco Alimentar de Beja, Associação Sementes de Vida, Centro de Acolhimento "A Buganvília", Caritas Diocesana de Beja, Casa Pia de Beja, CATI - Fundação de São Barnabé, Centro de Apoio Social do Concelho de Beja, Centro de Paralisia Cerebral de Beja, Centro Infantil Coronel Sousa Tavares;
- Proteção Civil e Emergência: Cruz Vermelha Portuguesa – Beja, Comando Distrital de Operações de Socorro de Beja, Bombeiros Voluntários de Beja;
- Saúde: ULSBA,EPE - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, que integra o Hospital José Joaquim Fernandes de Beja e treze Centros de Saúde, onde existem diferentes Unidades Funcionais de Saúde UCSP (treze), UCC (cinco), USF (uma) AlfaBeja.

3.2. Caracterização do Contexto

A USF AlfaBeja, é uma instituição que procura a excelência dos cuidados e de integração na e com a comunidade nas necessidades e problemas de saúde existentes.

Funciona com equipas de saúde, enfermeiros, médicos e administrativos, prestando cuidados de saúde a utentes do Concelho de Beja.

As equipas de saúde apresentam-se sempre empenhadas em ajudar o utente na promoção da sua saúde, na prevenção da doença e no tratamento e reabilitação.

Com base na ética, na satisfação e na capacidade de desenvolvimento autónomo de formas organizativas centradas nas pessoas e nas suas reais necessidades, o grupo de profissionais que constituem esta unidade procuram aprofundar as sinergias e as capacidades individuais e de cada grupo, de modo a que o trabalho diário tenha sentido lúdico e, simultaneamente, proficiente, com melhorias evidentes na qualidade dos cuidados prestados à população.

Esta unidade tem como visão ser a melhor gestora da saúde de cada indivíduo, da sua família e da comunidade em que os profissionais trabalham, baseados em graus elevados de competência técnico-científica e satisfação dos utentes inscritos. Os valores que os norteiam são de ética, compreensão e qualidade baseados num modelo holístico de prestação de cuidados.

As equipas de saúde prestam cuidados de saúde aos utentes consoante as suas reais necessidades, num dos seguintes sistemas de consulta:

- Consulta programada – atendimento médico e/ ou de enfermagem, da sua equipa de saúde, com hora previamente marcada.
- Consulta aberta – atendimento médico e/ ou de enfermagem, pelos profissionais determinados em escala, para responder a situações agudas que necessitem de cuidados que não possam esperar por marcação.
- Contactos indiretos – resolução de situações que se podem resolver sem a presença do utente, tais como, renovação de receituário, pedidos de relatórios médicos, entrega de exames auxiliares de diagnóstico.

Consultas Programadas:

- Consultas médicas programadas: Medicina Geral, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Revisão do Puerpério, Planeamento Familiar, Diabetes, Hipertensão / risco Cardiovascular, Rastreios Oncológicos.

- Consultas de enfermagem programadas: Geral: inclui pensos, injetáveis, vacinação, Saúde Adulto ou Idoso, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Revisão do Puerpério, Planeamento Familiar, Diabetes, Hipertensão / Risco Cardiovascular (USF AlfaBeja, 2018).

3.3. Análise dos Resultados

A equipa de saúde apresenta um total de 179 utentes inscritos, no grupo etário dos 50/64 anos. Para seleccionar os utentes que reuniam as condições para a aplicação dos questionários, foram excluídos os diabéticos (18), os utentes que habitavam em freguesias rurais, não acessíveis aos recursos (63) e os utentes a quem já tinha sido calculado o risco de diabetes tipo 2, há menos de 2 anos (17). No final restaram 81 pessoas elegíveis para a aplicação do questionário.

Esta faixa etária apresenta-se em idade ativa, o que pressupõe algumas dificuldades no contacto para a abordagem, realização e concretização dos questionários. Por este facto, foi intencional, a procura e preenchimento dos questionários. Foram concretizados 35 questionários que correspondem a 43% da população elegível.

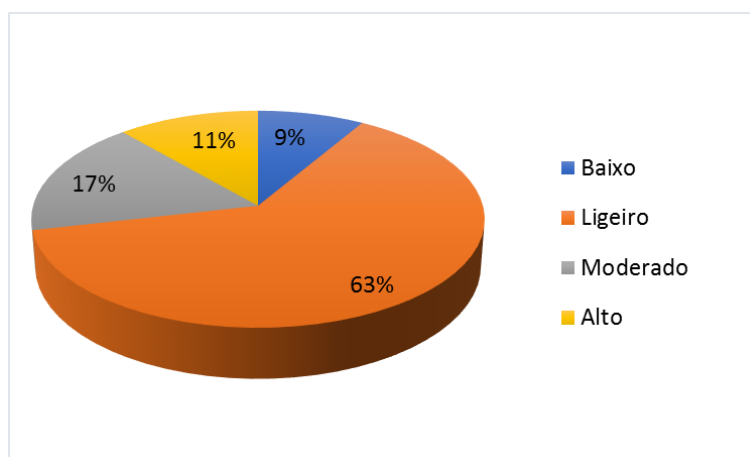
Todos os dados recolhidos através dos questionários foram introduzidos no Software Microsoft Excel com o objetivo de facilitar a sua leitura e análise estatística.

Do total de inquiridos 9% apresentam um risco baixo de desenvolver diabetes tipo 2. As pessoas com risco ligeiro, moderado e alto e muito alto representam cerca de 91% da amostra (Gráfico 3), o que significa que existe uma maior probabilidade de virem a contrair a doença, diabetes. Esta probabilidade aumenta consoante o risco ligeiro, moderado, alto ou muito alto, como já se explicitou anteriormente.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

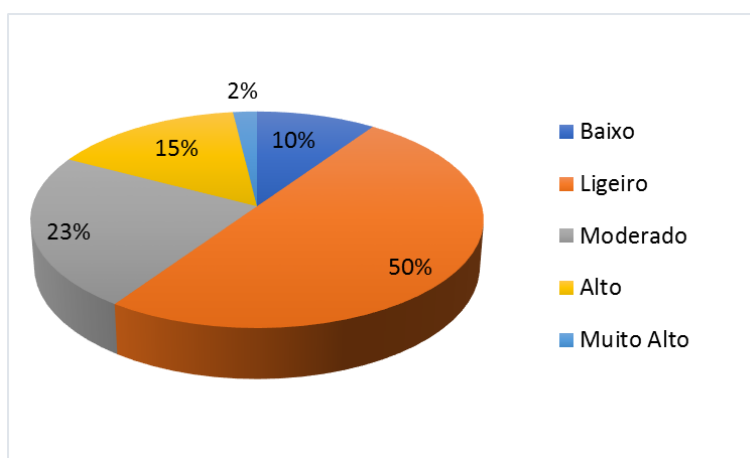
Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Gráfico 3. Distribuição pelo risco de diabetes tipo 2



O gráfico seguinte, junta os resultados que são apresentados no gráfico anterior, com os resultados do cálculo do risco de diabetes tipo 2 já calculado pela equipa da unidade funcional nos últimos 2 anos (17). 10% apresentam um risco baixo, enquanto que 90% distribuem-se entre os riscos ligeiro, moderado, alto e muito alto (2%) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição pelo risco de diabetes tipo 2



Faz todo o sentido pensar que quanto mais elevado o risco maior a probabilidade de desenvolver a doença, DM2. Surge a necessidade que sejam desenvolvidas intervenções para a prevenção da doença e promoção da saúde.

4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) definimos problemas de saúde porque é preciso intervir nas causas e é preciso definir prioridades, porque não podemos resolver simultaneamente todos os problemas de saúde. Ao definirmos prioridades também determinamos a possível sustentabilidade dum projeto de intervenção comunitária, sendo necessário identificar a atuação, metodologias e critérios de priorização. Segundo Imperatori & Giraldes (1993), tornaram-se clássicos 3 critérios para definição e ponderação das prioridades:

- A. Magnitude, que caracteriza o problema pela sua dimensão;
- B. Transcendência, que valoriza as mortes por grupos etários;
- C. Vulnerabilidade, que corresponde à possibilidade de prevenção.

Existem várias formas de proceder à determinação de prioridades e são vários os instrumentos utilizados. O método utilizado para avaliar a prioridade dos problemas foi o Método de Hanlon, que estabelece prioridades com base em quatro critérios (Tavares, 1990):

- A. a amplitude ou magnitude do problema;
- B. a gravidade do problema;
- C. a eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema;
- D. a exequibilidade do projeto ou da intervenção.

A classificação ordenada dos problemas, obtém-se através do cálculo da fórmula:

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

Cada letra corresponde a cada um dos critérios. São definidos os problemas, aplica-se a fórmula e calcula-se o valor. Cada problema apresenta um valor. Perante esse valor é estabelecida a prioridade.

Os critérios são classificados da seguinte forma (Tavares, 1990):

- A. A amplitude ou magnitude do problema corresponde ao número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total, sendo avaliada numa escala de zero a 10, que deverá ser adaptada à dimensão da população em estudo. Foram atribuídos valores em função das percentagens calculadas.
- B. A gravidade do problema é avaliada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos, em que cada fator deverá

ser ponderado na mesma escala, elaborando-se posteriormente a média das ponderações obtidas. A pontuação varia numa escala de zero a 10, sendo 10, o valor máximo da gravidade do problema;

- C. A eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema, corresponde à possibilidade de intervenção. É ponderada numa escala de 0,5 a 1,5, onde o valor 0,5, corresponde a um problema de mais difícil resolução; Foi considerado o valor 0,5 quando é muito difícil incutir a mudança de hábitos nas pessoas.
- D. A exequibilidade determina se a solução do problema em análise pode ser aplicada. Este critério, tem dois valores possíveis, sim equivalente a um e não equivalente a zero e se este critério obtiver pontuação zero, o problema será eliminado. Assim, um valor positivo de exequibilidade, ou seja, pontuação 1, constitui uma condição necessária, mas não suficiente, para que um problema seja considerado prioritário. O valor zero significa que não é possível mitigar o problema, o valor 1 considera-se que é possível mitigar o problema.

Perante a explicitação dos critérios do Método Hanlon, apresenta-se a Quadro 4, que define os problemas identificados, valores atribuídos, aplicação da fórmula e respetiva priorização das problemáticas.

Quadro 4. Classificação de cada problema identificado (segundo o método de Hanlon)

Problemas	Amplitude/ Magnitude	Gravidade	Vulnerabilidade	Exequibilidade	Valor de Prioridade	Classificação da Prioridade
1. Obesidade	2,3	0	1	1	2,3	7º
2. Atividade Física Inadequada	6	0	1	1	6	2º
3. Alimentação Inadequada	5,1	0	1	1	5,1	3º
4. Hipertensão Arterial	2	1	0,5	1	1,5	8º
5. Risco Genético para Diabetes	2,9	1	0,5	0	0	-

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

6. Outras Doenças Crónicas	5,1	1	0,5	1	3,05	5º
7. Hábitos Tabágicos	3,4	3	0,5	1	3,2	4º
8. Hábitos Alcoólicos	4	1	0,5	1	2,5	6º
9. Risco de Diabetes Tipo 2	9	1	1	1	10	1º

O problema que surge como prioritário é o risco de diabetes tipo 2 (que engloba o risco baixo, ligeiro, moderado, alto e muito alto), coincidindo com o que já está definido para intervir, quer a nível desta unidade de saúde, quer pelo ACES e ULSBA. Prevenir a Diabetes Mellitus Tipo 2 foi o impulsor para o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária. Alguns dos problemas referidos na tabela anterior estão associados à patologia da diabetes, como a obesidade, Hipertensão arterial (HTA), alimentação inadequada, atividade física inadequada, hábitos tabágicos e alcoólicos. A diabetes é uma prioridade, como tem sido referida ao longo deste trabalho a nível mundial, nacional, regional e local. A diabetes é uma das patologias mais comuns, atualmente classificada entre os 10 primeiros lugares, a nível mundial (8º lugar), nacional (6º lugar), segundo a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (2013, p.68) nos diagnósticos ativos a diabetes surge em terceiro lugar, 7,6%, refere a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (2016, p.3) “O envelhecimento da população do Baixo Alentejo resulta num aumento da incidência de certo tipo de patologias crónicas e incapacitantes (Tensão Arterial Alta, Diabetes, Acidente Vascular Cerebral, Depressão, Enfarte Agudo do Miocárdio)”. E, o mesmo documento, preconiza medidas para os cuidados de saúde primários, entre as quais “Promoção da saúde/Prevenção da Doença/ continuação da implementação de projetos na área de estilos de vida saudáveis – Alimentação, Tabaco, Álcool, Atividade Física, Gestão do Stress” (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2016, p.9).

Qualquer uma das problemáticas apresentadas requerem atenção e reflexão, não podem ser desvalorizadas e constituem alvos de intervenções, mas não podemos priorizá-las simultaneamente.

Considerando a segunda área prioritária-Atividade Física Inadequada, esta também é considerada a nível nacional, pode-se referir o Programa Nacional para a

Promoção da Atividade Física (PNPAF), com implementação para o período 2016- 2019 articulado com o Plano Nacional de Saúde, extensão 2016-2020, que procurará dar resposta às orientações definidas na Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar. “Tem como visão uma população nacional com baixos níveis de inatividade física em todo o ciclo de vida, motivada por níveis elevados de literacia física...” (DGS, 2016, p.67).

O diagnóstico de saúde em enfermagem comunitária é de grande relevância para atuar nas causas determinantes das problemáticas priorizadas e o desafio tem que ser encarado através de um planeamento adequado às necessidades.

5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após a determinação de problemas e respetiva priorização e segundo a metodologia de planeamento em saúde, passaremos à fixação de objetivos e seleção de estratégias (Imperatori & Geraldles, 1993)

Querendo perceber e identificar planos e projetos locais que trabalhem o risco da diabetes mellitus tipo 2, abordámos a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes da Unidade Local de saúde do Baixo Alentejo (ULSBA). Existe o Projeto: Não à Diabetes, nacional, que envolve várias parcerias, Fundação Calouste Gulbenkian, DGS, APDP, entre outras, direcionados para as pessoas com risco de diabetes tipo 2 alto e muito alto, implantado desde 2016, envolvendo um grupo de profissionais no Programa: Gosto, mas não exequível até à data. Localmente, esta unidade, está a elaborar um projeto direcionado para as pessoas que apresentem risco de diabetes tipo 2, moderado, intitulado: Saúde Agosto, a concluir, posteriormente.

A USF AlfaBeja, apresenta disponibilidade de recursos para a realização e implementação de um projeto de intervenção acerca da temática, pois é uma das áreas da sua intervenção, com indicadores e metas a atingir.

A população-alvo definida para este projeto de intervenção, são as pessoas dos 50-64 anos de idade de uma equipa da USF AlfaBeja, a quem foi aplicado o Instrumento de Colheita de Dados, sendo posteriormente estendido às restantes equipas desta Unidade (9 equipas), no decorrer de um ano. Analisando as várias percentagens resultantes para cada nível risco da diabetes Mellitus tipo 2 calculado, resolvemos distinguir dois grupos. Pessoas que apresentam risco muito alto e alto (9 – 17%) e as pessoas com risco moderado e ligeiro (38 – 73%). O grupo que se apresenta com o risco mais elevado de vir a desenvolver diabetes Mellitus tipo 2, será alvo de uma intervenção mais individualizada e em grupo. As pessoas que apresentam risco moderado e ligeiro, na população estudada, que apresenta a maior percentagem, as intervenções serão desenvolvidas em grupo. Não iremos incluir neste projeto de intervenção comunitária as pessoas que apresentaram um risco baixo (5 pessoas = 10%), porque quanto mais elevados são os riscos, maior prioridade relativamente à intervenção e não se torna viável perante este projeto que obedece a uma calendarização, serem aqui incluídos.

“o objectivo será o enunciado do resultado desejável do problema, alterando a tendência da sua evolução. A fixação de objectivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano.” Deverá ser efetuada de forma cuidadosa e realista (Imperatori & Geraldès, 1993, p.30).

Com a finalidade de intervir na diminuição do nível de risco da diabetes mellitus tipo 2, definiu-se o seguinte objetivo geral:

- Promover a capacitação das pessoas, individualmente ou em grupo para a adoção de um estilo de vida saudável.

E como objetivos específicos:

1. Disponibilizar consultas de enfermagem, médica e de nutrição a todas as pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 30 de novembro de 2018;
2. Realizar as consultas disponibilizadas aos utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 30 de novembro de 2018;
3. Realizar uma sessão de educação para a saúde sobre: “estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes”, onde estejam presentes pelo menos 50% do grupo que apresenta risco muito alto e alto de diabetes mellitus tipo 2, até 14 de dezembro de 2018;
4. Realizar uma sessão de educação para a saúde sobre: “estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes”, onde estejam presentes pelo menos 10% do grupo que apresenta risco moderado e ligeiro de diabetes mellitus tipo 2, até 14 de dezembro de 2018;
5. Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre “hábitos alimentares saudáveis” com a Nutricionista, onde estejam presentes pelo menos 50 % do grupo de muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 11 de janeiro de 2019;
6. Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre “hábitos alimentares saudáveis” com a Nutricionista, onde estejam presentes pelo menos 10 % do grupo moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, até 11 de janeiro de 2019;
7. Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre “atividade física saudável” com um professor de educação física, onde

- estejam presentes pelo menos 50 % do grupo que apresenta muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 24 de janeiro de 2019;
8. Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre “atividade física saudável” com um professor de educação física, onde estejam presentes pelo menos 10 % do grupo que apresenta moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, até 24 de janeiro de 2019;
 9. Criar grupo no facebook, intitulado “RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO: prevenção da diabetes em pessoas de meia idade”, até 30 de novembro de 2019;
 10. Elaborar folheto informativo/flyer em conjunto com o gabinete de marketing da ULSBA, apresentando os diversos recursos e formas de acesso às atividades que promovam estilos de vida saudáveis, oferecidos pelas diversas entidades locais, até 30 de novembro de 2018;

5.1. Metas e Indicadores

Perante os objetivos específicos definidos foram estabelecidas as metas e indicadores.

“um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77).

Objetivo 1: Disponibilizar consultas de enfermagem, médica e de nutrição a todas as pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 30 de novembro de 2018.

Meta: Que as pessoas que apresentam risco de diabetes mellitus tipo 2 muito alto e alto, sejam todos informados sobre a possibilidade de realizar consultas de enfermagem, médica e de nutrição.

Indicador (Taxa de Adesão): % de pessoas que apresentam alto e muito alto risco de diabetes mellitus tipo 2, a quem foram disponibilizadas consultas de enfermagem, médica e de nutrição.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 a quem foram disponibilizadas consultas de enfermagem, médica e de nutrição}}{\text{Nº total de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2}} \times 100$$

Objetivo 2: Realizar as consultas disponibilizadas aos utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 30 de novembro de 2018.

Meta: Que, pelo menos, 75% dos utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, compareçam nas consultas disponibilizadas de enfermagem, médica e nutrição. E que, pelo menos, 75% dos utentes em questão avaliem positivamente as consultas disponibilizadas de enfermagem, médica e nutrição.

Indicador 1 (Taxa de Adesão): % de utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, que compareceram nas consultas disponibilizadas de enfermagem, médica e de nutrição.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram nas consultas disponibilizadas de enfermagem, médica e de nutrição}}{\text{Nº total de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2}} \times 100$$

Indicador 2 (Taxa de Satisfação): % de utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, que avaliaram positivamente as consultas disponibilizadas de enfermagem, médica e de nutrição.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que avaliaram positivamente as consultas disponibilizadas de enfermagem, médica e de nutrição}}{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram nas consultas disponibilizadas de enfermagem, médica e de nutrição}} \times 100$$

Objetivo 3: Realizar uma sessão de educação para a saúde sobre: “estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes”, onde estejam presentes pelo menos 50% do grupo que apresenta risco muito alto e alto de diabetes mellitus tipo 2, até 14 de dezembro de 2018.

Meta: Que, pelo menos, 50% dos utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, compareçam na sessão de educação para a saúde sobre: Estilos

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

de vida saudáveis – prevenção de diabetes. E que, pelo menos, 75% dos utentes em questão avaliem positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes.

Indicador 1 (Taxa de Adesão): % de utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, que compareceram na sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes}}{\text{Nº total de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2}} \times 100$$

Indicador 2 (Taxa de Satisfação): % de utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes}}{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes}} \times 100$$

Objetivo 4: Realizar uma sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes, onde estejam presentes pelo menos 10% do grupo que apresenta risco moderado e ligeiro de diabetes mellitus tipo 2, até 14 de dezembro de 2018.

Meta: Que, pelo menos, 10% dos utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, compareçam na sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes. E que, pelo menos, 75% dos utentes em questão avaliem positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes.

Indicador 1 (Taxa de Adesão): % de utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, que compareceram na sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes}}{\text{Nº total de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2}} \times 100$$

Indicador 2 (Taxa de Satisfação): % de utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes}}{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes}} \times 100$$

Objetivo 5: Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre “hábitos alimentares saudáveis” com a Nutricionista, onde estejam presentes pelo menos 50 % do grupo de muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 11 de janeiro de 2019.

Meta: Que, pelo menos, 50% dos utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, compareçam na sessão de educação para a saúde sobre: “hábitos alimentares saudáveis” com a Nutricionista. E que, pelo menos, 75% dos utentes em questão avaliem positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: “hábitos alimentares saudáveis” com a Nutricionista.

Indicador 1 (Taxa de Adesão): % de utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, que compareceram na sessão de educação para a saúde sobre: “hábitos alimentares saudáveis”.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde "hábitos alimentares saudáveis"}}{\text{Nº total de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2}} \times 100$$

Indicador 2 (Taxa de Satisfação): % de utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: “hábitos alimentares saudáveis”.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde "hábitos alimentares saudáveis"}}{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde "hábitos alimentares saudáveis"}} \times 100$$

Objetivo 6: Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre “hábitos alimentares saudáveis” com a Nutricionista, onde estejam presentes pelo menos 10 % do grupo moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, até 11 de janeiro de 2019.

Meta: Que, pelo menos, 10% dos utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, compareçam na sessão de educação para a saúde sobre: “hábitos alimentares saudáveis” com a Nutricionista. E que, pelo menos, 75% dos utentes em questão avaliem positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: “hábitos alimentares saudáveis” com a Nutricionista.

Indicador 1 (Taxa de Adesão): % de utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, que compareceram na sessão de educação para a saúde sobre: “hábitos alimentares saudáveis”.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde "hábitos alimentares saudáveis"}}{\text{Nº total de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2}} \times 100$$

Indicador 2 (Taxa de Satisfação): % de utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: “hábitos alimentares saudáveis”.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde "hábitos alimentares saudáveis"}}{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde "hábitos alimentares saudáveis"}} \times 100$$

Objetivo 7: Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável” com um professor de educação física, onde estejam presentes pelo menos 50 % do grupo que apresenta muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 24 de janeiro de 2019.

Meta: Que, pelo menos, 50% dos utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, compareçam na sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável” com um professor de educação física. E que, pelo menos, 75% dos utentes em questão avaliem positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável” com um professor de educação física.

Indicador 1 (Taxa de Adesão): % de utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, que compareceram na sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável”.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde "atividade física saudável"}}{\text{Nº total de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2}} \times 100$$

Indicador 2 (Taxa de Satisfação): % de utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável”.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde "atividade física saudável"}}{\text{Nº de pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde "atividade física saudável"}} \times 100$$

Objetivo 8: Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre “atividade física saudável” com um professor de educação física, onde estejam presentes pelo menos 10 % do grupo que apresenta moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, até 24 de janeiro de 2019.

Meta: Que, pelo menos, 10% dos utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, compareçam na sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável” com um professor de educação física. E que, pelo menos, 75% dos utentes em questão avaliem positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável” com um professor de educação física.

Indicador 1 (Taxa de Adesão): % de utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, que compareceram na sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável”.

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde "atividade física saudável"}}{\text{Nº total de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2}} \times 100$$

Indicador 2 (Taxa de Satisfação): % de utentes que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável”.

$$\frac{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que avaliaram positivamente a sessão de educação para a saúde "atividade física saudável"}}{\text{Nº de pessoas que apresentam moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2 que compareceram na sessão de educação para a saúde "atividade física saudável"}} \times 100$$

Objetivo 9: Criar grupo no facebook, intitulado “RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO: prevenção da diabetes em pessoas de meia idade”, até 30 de novembro de 2019.

Meta: Criação efetiva do grupo no Facebook.

Objetivo 10: Elaborar folheto informativo/flyer em conjunto com o gabinete de marketing da ULSBA, apresentando os diversos recursos e formas de acesso às atividades que promovam estilos de vida saudáveis, oferecidos pelas diversas entidades locais, até 30 de novembro de 2018.

Meta: Criação efetiva do folheto informativo/flyer para distribuição pela população.

6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Pode definir-se estratégia de saúde como o “conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” reduzindo os problemas de saúde. (Imperator & Gerales, 1993, p. 30).

Foram planeadas quatro estratégias, afim de alcançar os objetivos estabelecidos.

Estratégia 1: Envolvimento de parceiros comunitários, a curto-médio prazo: equipa multidisciplinar da Unidade de saúde de Beja, Câmara Municipal de Beja, Centro Social do Lídador, Gabinete de Marketing da ULSBA. Foram diligenciadas reuniões para informar do diagnóstico de saúde e divulgação do projeto de intervenção comunitária. Considerou-se imprescindível a partilha de informação do diagnóstico de saúde efetuado para determinar as intervenções a desenvolver no projeto e favorecer um envolvimento de profissionais e comunidade. Para que, os recursos humanos envolvidos, nomeadamente os profissionais, consigam desenvolver nas pessoas novos conhecimentos e habilidades, aumentando a sua capacitação, para que estas possam adotar atitudes, comportamentos e estilos de vida saudáveis e adequados.

Estratégia 2: Educação para a Saúde com o envolvimento dos parceiros comunitários: Estilos de Vida Saudáveis- Prevenção da Diabetes; Hábitos Alimentares Saudáveis e Atividade Física Saudável. Tendo em conta que a educação é fundamental para desenvolver capacidades de gestão e prevenção na qualidade de vida da nossa comunidade, as diferentes áreas de intervenção complementam-se. Neste âmbito, é da responsabilidade de cada um dos intervenientes as atividades a desenvolver, para ser o mais eficaz na preparação e realização das atividades planeadas. Considerou-se que a realização de sessões de educação para saúde nas áreas dos estilos de vida saudáveis e especificamente alimentação e atividade física, querendo direcionar a hábitos modificáveis fundamentais para diminuir o risco de diabetes mellitus tipo 2, seriam as mais eficientes. Fornecendo assim, contributos efetivos às pessoas aumentando a sua capacitação e empoderamento e também corresponsabilizando-as para a sua saúde. O caráter de regularidade das mesmas permitiria incentivar com continuidade a interação social e de partilha, contribuindo para mais ganhos em saúde. “A participação ativa dos cidadãos é uma das estratégias mencionada para aumentar a eficácia das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, no entanto são identificadas dificuldades e uma

ausência de cultura de participação nas pessoas e nas comunidades” (Canhestro & Basto, 2016, p.47).

Estratégia 3: Prevenção Primária: Promoção de Estilos de vida saudáveis. A prevenção primária engloba um conjunto de ações que visa evitar ou remover fatores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo patológico que poderá levar à doença. As ações podem ser direcionadas a indivíduos, a grupos ou à comunidade. Querendo sempre diminuir a incidência da doença, através do controlo de fatores de risco ou causais, diminuindo o risco de doença na população.

Estratégia 4: Apoio à mudança comportamental, nas consultas Individuais de Enfermagem, tendo como suporte o Modelo de Promoção da saúde de Nola Pender.

As estratégias definidas tiveram em conta a previsão de recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento do projeto.

7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

7.1. Seleção das Intervenções e Cronograma de Atividades

Atendendo ao planeamento em saúde, a elaboração de programas e projetos corresponde a uma primeira fase do planeamento operacional que consiste no “estudo detalhado das atividades necessárias à execução, parcial ou total de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objetivos.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.30). O planeamento das atividades necessárias que diz respeito à fase da preparação da execução é muito importante para o êxito de um projeto. Este, deverá ser organizado, pormenorizado, prevendo os recursos, com sequência lógica das atividades e evitando erros de calendarização.

De acordo com as estratégias selecionadas foram planeadas atividades nas diferentes áreas de intervenção propostas.

Apresentam-se as intervenções/ atividades em função dos objetivos propostos:

- Reuniões com os parceiros comunitários para informar do diagnóstico de saúde e divulgação do projeto de intervenção comunitária:
 - Coordenador da unidade de saúde, equipa de saúde, nutricionista, uma médica interna e uma estagiária à ordem dos nutricionistas.
 - Camara Municipal de Beja/departamento de desporto;
 - Centro Social do Lيدador;
 - Gabinete de Marketing da ULSBA.
- Consultas individualizadas de intervenção terapêutica de enfermagem, médica e de nutrição ao grupo que apresenta muito alto e alto risco de DM2, isentas de taxas moderadoras (APÊNDICE 5).
- Três Sessões de Educação para a Saúde, com sequência de continuidade, aos grupos que apresentam muito alto, alto, moderado e ligeiro risco de DM2:
 - “Estilos de Vida Saudáveis – Prevenção da Diabetes”
 - “Hábitos Alimentares Saudáveis”
 - “Atividade Física Saudável”

- Elaboração de um “flyer” informativo, sobre a temática “Risco controlado, diabetes de lado: prevenção da diabetes”, para distribuição a todos os intervenientes do projeto.
- Criação do grupo no facebook “Risco controlado, diabetes de lado”, para partilha de informação.
- Apresentação dos resultados à equipa multiprofissional, que colaborou no projeto.
- Apresentação do projeto às restantes equipas da unidade de saúde, para que possa ser extrapolado à sua prática profissional.

As atividades planificadas foram estabelecidas de acordo com as estratégias selecionadas e calendarizadas, elaborando-se o cronograma de atividades (APÊNDICE 6). O cronograma de atividades é facilitador para a perceção global e progresso do trabalho temporalmente, ajudando-nos na organização e gestão do projeto.

Foi ainda elaborado um artigo científico que permitiu aprofundar conhecimentos baseados na evidência e conhecer a efetividade das intervenções na prevenção da diabetes mellitus tipo 2 (APÊNDICE 7).

7.2. Previsão dos Recursos

A avaliação adequada dos recursos futuros tem que ser considerada no projeto.

“Tendo em atenção a projecção dos recursos por categoria, determinar-se-ão aquelas em que os recursos futuros serão suficientes em relação às necessidades estimadas na estratégia e aquelas em que serão insuficientes.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.90).

Neste projeto, todos os recursos humanos das várias entidades aceitaram voluntariamente colaborar nas intervenções planeadas. Os gastos estão relacionados com os materiais consumíveis, material de apoio e horas de trabalho dos profissionais.

As entidades envolvidas neste projeto foram a USF AlfaBeja, integrada no ACES do Baixo Alentejo, ULSBA, Câmara Municipal de Beja e Centro Social do Lidador.

Assim, foram utilizados os seguintes recursos:

- Recursos humanos: Equipa multiprofissional da unidade de saúde de Beja, nutricionista, professor de educação física, interna médica e estagiária à ordem dos nutricionistas.

- Recursos físicos: Sala de reuniões da Unidade Funcional de Saúde para a realização das sessões de educação para a saúde. E, unidade de saúde, onde foram efetuadas as consultas e todo o desenvolvimento do estágio e respetivo projeto.
- Recursos materiais: Material de apoio didático-pedagógicos - papel de impressão, recursos audiovisuais (computador, projetor, flipchart, marcadores); forno elétrico (showcooking e sessões de educação para a saúde – confeção de alguns alimentos); glucómetro e tiras de avaliação de glicemia capilar, esfigmomanómetro, balança – para a realização das consultas individualizadas.
- Recursos financeiros: material de apoio e horas de trabalho.
- Recursos de serviços: os ingredientes alimentares para confeccionar a receita no showcooking e nas sessões de educação para a saúde foram suportados pela mestrandia. As taxas moderadoras das consultas individualizadas foram isentadas pela própria unidade funcional de saúde.

7.3. Comunicação e Divulgação do Projeto

A comunicação e divulgação do projeto foi efetuado primeiramente à equipa da unidade de saúde onde decorreu o estágio. Sendo fundamental o envolvimento do enfermeiro da equipa e supervisor do estágio. Do médico da equipa e da médica interna que colaborou na efetivação e concretização das consultas médicas desenvolvidas às pessoas que apresentam muito alto e alto risco para desenvolver DM2. Esta comunicação e divulgação também foi efetuada a outro elemento profissional desta unidade de saúde à nutricionista e a uma estagiária de nutrição, que colaboraram na efetivação e concretização das consultas individualizadas de nutrição às pessoas que apresentavam muito alto e alto risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 e nas sessões de educação para a saúde que abrangeram os grupos de muito alto, alto, moderado e ligeiro risco de desenvolver DM2. O envolvimento de toda a equipa tornou possível a realização do projeto.

Em seguida, foram calendarizadas e realizadas reuniões com os parceiros comunitários para informar e divulgar o projeto de intervenção comunitária, informando

do diagnóstico de saúde efetuado e as intervenções a desenvolver no projeto, de forma a promover um envolvimento das entidades e comunidade.

Outro meio, de comunicar e divulgar o projeto e promover a saúde individual e de grupo, foi a distribuição do “flyer” pelas pessoas nas consultas individualizadas de enfermagem, médica e de nutrição pelo grupo de muito alto e alto risco de DM2 e também às pessoas presentes nas sessões de educação para a saúde.

A criação da página do Facebook foi uma forma de promover estilos de vida saudáveis para prevenção da DM2, divulgando simultaneamente o projeto. Após, o término do estágio a gestão da página ficará a cargo de uma enfermeira da USF AlfaBeja.

7.4. Execução das Atividades

Objetivo 1: Disponibilizar consultas de enfermagem, médica e de nutrição a todas as pessoas que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 30 de novembro de 2018.

Para a concretização deste objetivo específico, no mês de outubro e novembro de 2018, foram disponibilizadas e planeadas consultas de enfermagem, médica e de nutrição. A primeira abordagem às pessoas que apresentaram risco muito alto e alto de diabetes mellitus tipo 2 (17%), foi individual e telefonicamente, posteriormente foi contato escrito, individual, através de carta enviada, conforme consta no APÊNDICE 5. Justificando e relembrando o projeto, marcações e horários das consultas e salientando, porque poderia ser relevante, que as consultas individuais referidas estavam isentas de taxas moderadoras, pois eram desenvolvidas no âmbito deste projeto.

Objetivo 2: Realizar as consultas disponibilizadas aos utentes que apresentam muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 30 de novembro de 2018.

As consultas foram realizadas de forma sequencial: enfermagem, médica e de nutrição, as três na mesma data. Foi considerada a idade da população-alvo, pessoas de meia-idade, dos 50 aos 64 anos, em que grande parte se encontra em idade ativa profissionalmente, não sendo fácil a sua disponibilidade e contato. Foi também

considerado, que o grupo apresenta risco estratificado para desenvolver diabetes mellitus tipo 2, mas não está diagnosticado a patologia diabetes. Para algumas pessoas o risco poderá apresentar uma diferente conotação, comparativamente à doença e pode não ser tão valorizável.

O número de pessoas a quem foram disponibilizadas consultas de enfermagem, médicas e de nutrição e que foram concretizadas correspondem a 88% (7 pessoas) do grupo, em que os aspetos referidos anteriormente não constituíram obstáculo à presença das mesmas.

Objetivo 3: Realizar uma sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes, onde estejam presentes pelo menos 50% do grupo que apresenta risco muito alto e alto de diabetes mellitus tipo 2, até 14 de dezembro de 2018.

A sessão foi realizada no dia 5 de dezembro de 2018 às 18:30 H, na sala de reuniões da Unidade de Saúde. O convite para a sessão foi feito oralmente quando decorreram as consultas individuais disponibilizadas pela equipa multiprofissional (na concretização do objetivo 1 e 2). Depois, foi enviado por carta, convite e respetivo plano (APÊNDICE 8) sobre os vários itens a apresentar na sessão, nomeadamente a apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde, após a aplicação do instrumento de colheita de dados à respetiva população alvo, entre eles, alguns estariam presentes na sessão. Foi enviada mensagem 48 horas antes da sessão, para reforçar e relembrar o convite.

O plano da sessão (APÊNDICE 9) e respetiva apresentação em powerpoint (APÊNDICE 10), o showcooking com a receita alterada/adaptada de alguns componentes para tornar a receita mais saudável (APÊNDICE 11) que foi distribuída aos presentes na sessão de educação para a saúde, decorreu de encontro aos resultados esperados e avaliados dentro dos parâmetros 4 = satisfeito e 5 = muito satisfeito (APÊNDICE 12). São considerados para avaliação das sessões de educação para a saúde os parâmetros sobre a pertinência da temática, linguagem utilizada pelos preletores, metodologia audiovisual, instalações, horário e duração das sessões, classificadas de 1 = nada satisfeito a 5 = muito satisfeito (APÊNDICE 12).

A receita confeccionada no showcooking, bolinhos de laranja, serviu de pequeno lanche, com chá no encerramento da sessão.

Estiveram presentes 75% (6 pessoas) das pessoas deste grupo.

Objetivo 4: Realizar uma sessão de educação para a saúde sobre: Estilos de vida saudáveis – prevenção de diabetes, onde estejam presentes pelo menos 10% do grupo que apresenta risco moderado e ligeiro de diabetes mellitus tipo 2, até 14 de dezembro de 2018.

A sessão foi realizada no dia 5 de dezembro de 2018 às 18:30 H, ao grupo de risco moderado e ligeiro (73%), em conjunto com o grupo que apresenta muito alto e alto risco de DM2. O convite e plano foi efetuado por carta (APÊNDICE 8) e algumas situações sem morada, foi efetuado contato telefónico. Foi enviada mensagem 48 horas antes da sessão, para relembrar e reforçar a mesma. A atividade decorreu da forma descrita anteriormente para cumprir o objetivo 3. A avaliação da sessão efetuada pelos presentes foi de satisfeito e muito satisfeito, para os diversos itens.

Estiveram presentes 18% (7 pessoas) do total da população que apresenta moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo 5: Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre: Hábitos alimentares saudáveis, com a Nutricionista, onde estejam presentes pelo menos 50 % do grupo de muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 11 de janeiro de 2019.

Objetivo 6: Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre: Hábitos alimentares saudáveis, com a Nutricionista, onde estejam presentes pelo menos 10 % do grupo moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, até 11 de janeiro de 2019.

Para cumprir os objetivos 5 e 6, desenvolveu-se uma atividade conjunta. A sessão foi realizada no dia 9 de janeiro de 2019 às 18:30 H, na sala de reuniões da Unidade de Saúde, pela nutricionista e estagiária à ordem dos nutricionistas. O convite para a sessão foi feito através de carta enviada por correio (APÊNDICE 13), às pessoas sem morada foi

efetuado contato telefónico. Mais tarde, foi enviada mensagem, 48 horas antes da sessão, para reforçar e relembrar o convite.

Simultaneamente com o decorrer da sessão, foram confeccionados uma diversidade de legumes no forno, que serviu como “prova” para todos no final da sessão, querendo desmistificar o quanto é fácil e acessível confeccionar alimentos saudáveis e agradáveis.

Estiveram presentes 50% (4 pessoas) do grupo de muito alto e alto risco e 16% (6 pessoas) que apresentam risco moderado e ligeiro de DM2.

A Sessão foi avaliada (APÊNDICE 12) pelos grupos, entre 4 = satisfeito e 5 = muito satisfeito.

Objetivo 7: Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre: “atividade física saudável” com um professor de educação física, onde estejam presentes pelo menos 50 % do grupo que apresenta muito alto e alto risco de diabetes mellitus tipo 2, até 24 de janeiro de 2019.

Objetivo 8: Promover a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre “atividade física saudável” com um professor de educação física, onde estejam presentes pelo menos 10 % do grupo que apresenta moderado e ligeiro risco de diabetes mellitus tipo 2, até 24 de janeiro de 2019.

A sessão foi realizada em conjunto para os quatro grupos de risco de DM2, no dia 23 de janeiro de 2019 às 18:30 H, na sala de reuniões da Unidade de Saúde, por uma professora de educação física. O convite para a sessão foi feito através de carta por correio (APÊNDICE 14), às pessoas sem morada foi efetuado contato telefónico. Depois, foi enviada mensagem, 48 horas antes da sessão, para reforçar e relembrar o convite.

Após a exposição da temática, decorreu a parte prática com exemplificação de exercícios sugeridos pela professora para colocar em prática em alguns intervalos possíveis durante a atividade profissional, ou mesmo no decorrer da atividade laboral.

Seguiu-se um pequeno lanche com várias frutas, pão e água, exemplo de sugestão, para o antes e o depois de uma prática de atividade física.

Estiveram presentes 50% (4) das pessoas relativamente ao cumprimento do objetivo 7. E, 11% (4) de pessoas presentes relativamente ao grupo referido no objetivo 8.

Em relação à taxa de satisfação, os presentes de todos os grupos de risco de DM2, avaliaram a sessão de 4 = satisfeito a 5 = muito satisfeito.

Objetivo 9: Criar grupo no facebook, intitulado “RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO: prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade”, até 30 de novembro de 2019.

A criação efetiva do grupo foi concretizada dentro do limite de tempo estabelecido.

Foi partilhada informação considerada pertinente para quem visitasse o grupo. Foram partilhados conteúdos das sessões de educação para a saúde realizadas, consideradas pertinentes e de importância para promover o risco da diabetes mellitus tipo 2 e prevenção da diabetes. Foram também partilhadas publicações que se consideraram relevantes à temática. A gestão da página ficará a cargo de uma enfermeira da USF AlfaBeja.

Objetivo 10: Elaborar folheto informativo/flyer em conjunto com o gabinete de marketing da ULSBA, apresentando os diversos recursos e formas de acesso às atividades que promovam estilos de vida saudáveis, oferecidos pelas diversas entidades locais, até 30 de novembro de 2018.

O objetivo foi concretizado no limite de tempo estabelecido.

Promoveu-se várias reuniões com diversas entidades locais, Camara Municipal de Beja, Centro Social do Lidador (entidade direcionada apenas a aposentados, que embora em número reduzido, fazem parte da nossa população-alvo), instituições, associações e ginásios, para perceber as ofertas privadas e não privadas da prática da atividade física individual ou em grupo, ou outras atividades, para que o “flyer” fosse informativo, orientador e esclarecedor. Foram criadas várias hipóteses e elaboradas propostas ao gabinete de marketing da ULSBA.

Queríamos que o “flyer” constituísse um meio de prevenir a diabetes alertando a importância dos comportamentos e estilos de vida adequados/saudáveis, determinantes na promoção da saúde e simultaneamente informar, relembrar, ou esclarecer os recursos e iniciativas locais privadas e não privadas existentes.

Este “flyer” (APÊNDICE 15) após a sua impressão foi distribuído ao grupo que apresenta muito alto e alto risco DM2, aquando da realização das consultas individuais realizadas pela equipa multiprofissional. Posteriormente a todos intervenientes nas sessões de educação para a saúde.

7.5. Seguimento do Projeto

Após o término do estágio, foi feita a apresentação do projeto, em fevereiro de 2019, às restantes oito equipas da unidade de saúde, afim da continuidade e seguimento extrapolado para as respetivas equipas. A responsabilidade de gestão do projeto, após o fim do estágio será do enfermeiro responsável da USF AlfaBeja.

Ficaram também disponibilizadas consultas de enfermagem, médica e de nutrição para as pessoas de muito alto e alto risco de DM2, para maio de 2019. Tendo sido realizadas as primeiras consultas individualizadas em novembro de 2018, para manter uma continuidade na educação terapêutica, disponibilizaram-se novamente as consultas passados seis meses. As marcações das consultas ficaram disponibilizadas e agendadas.

Ficaram também disponíveis os “flyers” realizados para serem distribuídos pelos profissionais, consoante o critério.

A página do Facebook “Risco controlado, Diabetes de lado” ficará sendo administrada, por uma enfermeira da respetiva unidade de saúde.

8. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação deste projeto de intervenção foi efetuada com base nos objetivos específicos, nos indicadores de atividade, as taxas de adesão e as taxas de satisfação dos intervenientes (Quadro 5). Com o propósito de monitorizar a adesão às atividades e a satisfação dos intervenientes, para perceber o impacto do projeto neste grupo de meia-idade da nossa comunidade.

Taxa de Adesão:

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de participantes}}{N^{\circ} \text{ total de convidados}} \times 100$$

Taxa de satisfação:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pessoas que avaliam a atividade de forma satisfatória}}{N^{\circ} \text{ total de participantes}} \times 100$$

Quadro 5. Avaliação das taxas de adesão e satisfação em relação às metas e objetivos específicos

Objetivos Específicos	Meta de Adesão (%)	Taxa de Adesão (%)	Meta de Satisfação (%)	Taxa de Satisfação (%)
1	100	100	—	—
2	75	88	75	100
3	50	75	75	100
4	10	18	75	100
5	50	50	75	100
6	10	16	75	100
7	50	50	75	100
8	10	11	75	100
9	Criação efetiva do grupo no facebook	—	—	—
10	Criação efetiva do “flyer”	—	—	—

As intervenções terapêuticas desenvolvidas individualmente apresentam uma taxa de adesão mais elevada – consultas individualizadas - comparativamente às intervenções terapêuticas direcionadas aos grupos – sessões de educação para a saúde.

Proponho futuramente ser repensada a abordagem especialmente ao grupo que apresenta risco moderado e ligeiro de DM2, pois foi o grupo que apresentou as taxas de adesão mais baixas. Esta baixa adesão também já foi constatada, referindo um estudo na sub-região do Baixo Alentejo, nas pessoas de meia-idade, que participam pouco nas intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis e apresentam um estilo de vida onde a componente promotora de saúde apresenta resultados negativos - elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade, algumas doenças crónicas, consumo de tabaco e álcool (Canhestro, 2018).

Este projeto tenta dar resposta a uma necessidade em saúde que foi identificada pela evidência científica. Promove estilos de vida saudáveis, prevenindo a diabetes e contribuindo para mais ganhos em saúde.

Apresenta viabilidade técnica e operacional, pois apresenta disponíveis recursos humanos, físicos, materiais e de serviço e é viável o custo/benefício.

A pertinência da sua aplicação vai de encontro a uma problemática atual e em crescimento, a diabetes.

Espera-se uma continuidade do projeto, parecendo ser exequível, pela temática que é mundial, nacional e local e pelo envolvimento de todos os profissionais, das diversas parcerias.

9. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Nesta etapa, é crucial refletir os conhecimentos e competências adquiridas para as intervenções especializadas no domínio da enfermagem.

Em relação ao grau de mestre, referenciado em Diário da República e exposto no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Capítulo III, Artigo 15.º, refere-nos logo na primeira alínea, que este será concedido a quem mostre conhecimentos e capacidade de compreensão adquiridos ao nível do 1º ciclo, desenvolvendo e aprofundando para servir de base de desenvolvimento. Nas alíneas seguintes são referidos: o “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...” a desenvolver de acordo com a sua área ; a “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta...”, considerando as responsabilidades sociais e éticas; o “comunicar as suas conclusões” relativas aos conhecimentos e raciocínios; e as “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 2016, p.3174).

Relativamente ao Mestrado em Enfermagem e aos objetivos gerais estabelecidos pelo Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem, que definem “desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem...”, “promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos”, “capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos...”, e “contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.”. (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2017, p.5). Refletindo estes objetivos, eles vão de encontro ao processo de desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária que se apresenta ao longo deste relatório.

Tendo em conta o ponto dois, do Artigo 15º “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República,

2016, p.3174). Relativamente às competências da especialidade e área de especialização, diz-nos o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista que “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem...”, e o “conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011, p.8648).

O domínio das competências comuns, são quatro e coincidentes para todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização: “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011, p.8649).

As atividades desenvolvidas neste estágio final tornaram possível a aquisição das competências comuns do enfermeiro Especialista.

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram consideradas e estiveram presentes no desenrolar das atividades e decisões práticas, numa atitude profissional responsável, considerando o Código Deontológico e o respeito pelas pessoas. A privacidade e anonimato da população-alvo foram mantidos, assim como, o consentimento informado, sendo livres ao consentirem a sua participação no projeto.

No domínio da Melhoria da Qualidade, desenvolveu-se aptidões a nível da análise e planeamento estratégico para a melhoria da qualidade dos cuidados. Decorreram várias reuniões que permitiram planear e avaliar estratégias, intervenções e metas.

No domínio da gestão dos cuidados foram adquiridas competências pela gestão dos cuidados prestados, otimizando quer a resposta da equipa de enfermagem quer a articulação com a equipa multiprofissional, que colaborou. O projeto foi apresentado de forma a permitir uma continuidade dos cuidados com qualidade e segurança das tarefas legadas.

No domínio de competências do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, foi crucial aprofundar o conhecimento, para fundamentar a prática e para melhorar as relações terapêuticas individuais e de grupo e a assertividade com as pessoas e com a equipa multiprofissional interveniente.

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que: “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”; “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”; “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.” e “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, Diário da República, 2018, p. 19354).

Referindo a primeira competência específica, citada no regulamento anterior, “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, de acordo com as diferentes etapas. Realiza o diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelece as prioridades, formula objetivos e estratégias de acordo com a priorização das necessidades em saúde estabelecidas, estabelece e avalia programas e projetos de intervenção para a resolução dos problemas identificados. Esta competência foi desenvolvida e cumprida na íntegra, pois, foi efetuado um diagnóstico de saúde, a partir de uma necessidade de intervenção manifestada pela unidade funcional de saúde, USF AlfaBeja, o risco da diabetes mellitus tipo 2. Após o diagnóstico de saúde foi efetuado a respetiva priorização dos problemas encontrados, no estágio I. Na continuidade, no estágio II, foram definidos objetivos e estratégias, estabelecendo intervenções para as necessidades de saúde encontradas e avaliando o projeto de intervenção comunitária.

Esta competência específica foi conseguida com a realização do projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia de planeamento em saúde, cumprindo a calendarização estabelecida para o estágio.

Neste projeto foram estabelecidos objetivos de capacitação individual e de grupo, que vem de encontro à segunda competência específica, “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”. As estratégias delineadas vão de encontro a essa capacitação, envolveram parcerias comunitárias, de saúde e equipa multiprofissional, as sessões de educação para a saúde realizadas e as ações desenvolvidas no âmbito da prevenção primordial para a promoção de estilos de vida saudáveis. Atendendo a que os objetivos foram concretizados com o desenvolvimento deste projeto, com as parcerias e equipa multiprofissional, considera-se que a competência foi alcançada.

A competência específica “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.” também foi conseguida. A prevalência da diabetes tem vindo a aumentar e é uma doença crónica que se apresenta nos planos de saúde locais, nacionais e mundiais. Como nos refere a DGS perante os problemas de saúde da população portuguesa, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, foram apresentados Programas de Saúde Prioritários (doze), entre os quais a diabetes, que determina metas e objetivos a atingir a 2020. Apresentando como metas: “Diminuir o desenvolvimento de diabetes em 30.000 utentes de risco identificados através da avaliação do cálculo do risco de desenvolver a doença” ...e “Diminuir a mortalidade prematura por diabetes ≤ 70 anos em Portugal em 5% até 2020.” E refere como objetivos: “Realizar a avaliação do cálculo do risco de Diabetes na população adulta nacional e evitar a progressão para a doença” e” Participar em projetos/programas de prevenção da doença e promoção da saúde” ... (DGS, 2016, p.8).

Estudar a teoria de enfermagem de Nola Pender e aplicar o seu Modelo de Promoção da Saúde, veio contribuir para consolidar esta competência. Para finalizar, a competência específica “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, o projeto foi desenvolvido na comunidade, numa unidade de saúde, USF AlfaBeja e para se efetuar um correto diagnóstico de saúde, teve que se considerar os dados epidemiológicos e da área geodemográfica, sociais, entre outros. Para, posteriormente se passar às etapas seguintes do planeamento em saúde. Esta competência também foi concretizada.

O desenvolvimento e aquisição de competências subjacentes ao sistema de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública, pelo exposto, podemos considerar que foram mobilizadas e consolidadas.

CONCLUSÃO

Os organismos de saúde trabalham para uma sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para as melhores decisões políticas e informação ao utente, no intuito de o tornar mais participativo e parceiro na saúde. Os Planos e Programas de saúde visam sempre uma melhor saúde para a população.

Sendo o envelhecimento da população uma realidade espera-se que esta se apresente o mais saudável possível. Nas doenças crónicas não transmissíveis os estilos de vida e os comportamentos de saúde são os fatores principais para tirar anos de vida saudáveis.

A promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis são fundamentais para se atingir mais e melhor saúde, reduzindo desigualdades e melhorando o bem-estar social e económico de um país. Surge assim, a necessidade de desenvolver estratégias de promoção e de prevenção. Organizações como a OMS, a OCDE e o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) defendem que a redução da morbi-mortalidade deve passar pela opção de estratégias cuja efetividade tem vindo a ser comprovada pela evidência científica. (OPSS, 2018).

Os CSP representarem uma porta de acesso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), pela proximidade e continuidade dos cuidados que proporcionam e por apresentarem um desempenho crucial na prevenção.

A enfermagem nos CSP atua nos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais. Os saberes e competências dos diferentes profissionais e instituições resulta num privilegiado trabalho em equipa e parceria que resulta num potencial máximo de saúde para a população. As equipas multiprofissionais apresentam-se hoje fundamentais nos processos de intervenção terapêutica individuais e de grupo.

Hábitos saudáveis reduzem riscos, atividade física e alimentação adequadas, descanso, lazer, entre outros, contribuem para reduzir algumas patologias crónicas, nomeadamente a diabetes.

A capacitação das pessoas e comunidade reveste-se de crucial importância pois é determinante nas suas decisões e escolhas, para uma melhor saúde.

Os enfermeiros em saúde comunitária apresentam-se numa posição privilegiada para o desenvolvimento das intervenções da promoção de estilos de vida saudáveis, fundamentais à mudança dos fatores modificáveis que conseqüentemente previnem a diabetes, proporcionando uma melhor qualidade de vida perante a atual longevidade.

A diabetes constitui um problema atual de saúde pública no século XXI, transversal ao mundo. A sua prevalência tem vindo a aumentar com o passar das últimas décadas e segundo as estimativas continuará a aumentar. Procurou-se perceber quais as intervenções que estavam a ser desenvolvidas para colmatar e diminuir esta problemática da diabetes e nomeadamente no risco da diabetes mellitus tipo 2. A prevenção é fulcral como primeira linha de intervenção. A promoção de estilos de vida saudáveis, envolvendo enfermeiros, outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, são fundamentais. É importante perceber os diferentes fatores que influenciam a adoção de estilos de vida promotores de saúde. A pesquisa realizada permitiu perceber a efetividade das intervenções na prevenção da DM2. A recolha e análise dos dados e a pesquisa da temática, tornaram possível a implementação de estratégias de prevenção baseadas na evidência, promovendo a capacitação da população-alvo. A diabetes surge em pessoas cada vez mais jovens, intervir no adulto de meia-idade é promover a saúde no envelhecimento.

Utilizando a metodologia de planeamento em saúde, foi efetuado o diagnóstico de saúde que tornou possível a identificação do risco de diabetes mellitus tipo 2, como uma problemática prioritária.

Para desenvolver e trabalhar a temática e principais necessidades de intervenção nesta área, foram definidos objetivos, metas e indicadores, afim de serem selecionadas estratégias para minorar o risco da DM2.

Surge a necessidade de intervir na prevenção, na área da educação e promoção para a saúde, capacitando os adultos de meia-idade para a adoção de comportamentos adequados e saudáveis perante os seus estilos de vida. A educação permite aumentar os conhecimentos e a capacitação. Pessoas mais competentes desenvolvem um pensamento mais crítico nas tomadas de decisão. Esta estratégia é fundamentada pela teoria de Nola Pender. A estratégia das parcerias foi igualmente importante ao desenvolvimento e concretização deste projeto.

Este projeto de intervenção comunitária, surgiu no âmbito da unidade curricular a partir do diagnóstico de saúde efetuado, com base na metodologia do planeamento em saúde. Foi criado e implementado de acordo com os objetivos delineados, de liderança, de prática baseada na evidencia científica, reflexão crítica, procurando sempre uma melhoria de evolução.

Foi também efetuada uma reflexão sobre o desenvolvimento e aquisição de competências adquiridas durante este percurso, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas desta área de especialização necessárias à progressão. Todo o processo teve presente as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que corresponde à realização deste projeto de intervenção comunitária. Que preconiza o estabelecimento da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, o procedimento de capacitação de grupos e comunidade integrados em Planos e Programas de Saúde comunitário visando dar resposta à saúde de uma população.

Este Relatório Final, integra a estrutura do ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre, em que os objetivos estiveram presentes e foram concretizados na aprendizagem e desenvolvimento das atividades. Ficaram demonstradas competências na conceção, gestão e prestação de cuidados de enfermagem nesta área especializada, contribuindo para uma prática baseada na evidência, pela investigação e pesquisa. Foi um aplicar conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo de estudos, preservando as responsabilidades éticas e trabalhando com autonomia e em equipa multiprofissional para a concretização deste projeto de intervenção comunitária.

Este projeto foi um desafio enriquecedor, até chegar à sua concretização, passando por todas as intervenções, colaboração de todos os intervenientes, complementaridade da equipa da USF AlfaBeja, vários profissionais da saúde e das parcerias e especialmente do enfermeiro supervisor, foi um processo bem-sucedido.

Refletindo a maior dificuldade surgiu na realização do diagnóstico de saúde, pois a população-alvo foram adultos, são um grupo etário ativo profissionalmente, o que tornou difícil os horários de disponibilidade para a aplicação do instrumento e colheita de dados.

O projeto foi de encontro ao interesse da USF AlfaBeja, sendo apresentado à mesma e para replicar às restantes equipas da unidade.

A prevenção da diabetes mellitus tipo 2, será fundamental para impedir o aumento da prevalência da patologia, os CSP e nomeadamente o enfermeiro de saúde comunitária desempenha um papel primordial na educação para saúde individual e de grupo, para a mudança de comportamentos e atitudes perante estilos de vida, que resulta em ganhos de saúde para a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (2013). *Perfil Regional de Saúde*. Évora: Autor.
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2017). *Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem*.
- Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M., Baptista, M., Moreira, M. (2014). *Dinâmicas Demográficas e envelhecimento da População Portuguesa 1950-2011 - Evolução e Perspectivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bárrios, M. J. & Fernandes, A. A. (2014). Promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2), 188-196.
- Barros, K. C. S., Lima, M. A., Silva, A. R. V., Almeida, P. C. & Machado, A. L. G. (2014). Fatores de risco para a diabetes mellitus tipo 2 em funcionários de uma universidade pública. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8 (9), 3099-3105.
- Boavida, J. M. (2016). Diabetes: uma emergência de saúde pública e de políticas da saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34 (1), 1-2.
- Canhestro, A. S. & Basto, M. L. (2016). Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem*, 20 (1), 27-51.
- Canhestro, A. S. (2018). *Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo*. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. In *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa, Canadá, 17-21 de novembro de 1986.
- Cruz, R. S., Leitão, C. E. & Ferreira, P. L. (2016). Determinantes do estado de saúde dos diabéticos. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 11 (2), 188-196.
- Declaração de Alma-Ata (1978). In *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata*, URSS, 6-12 Set, 1978.
-

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, 1.ª série - N.º 176 (13/09/2016), 3159-3191. Acedido em 25/03/2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Programas de Saúde prioritários - Metas de Saúde 2020*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Autor.

Duarte, R., Melo, M. & Nunes, J. S. (2015). Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 - Proposta de Atualização. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 10 (1), 40-48.

George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*. Lisboa. Disponível em www.dgs.pt.

Imperatori, E. & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (2ª Ed.). Lisboa: obras avulsas.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Autor.

Marinho, N. B. P., Vasconcelos, H. C. A., Alencar, A. M. P. G., Almeida, P. C. & Damasceno, M. M. C. (2013). Risco para a diabetes mellitus tipo 2 e fatores associados. *Acta Paul Enferm.*, 26 (6), 569-574.

Município de Beja. (2011). Câmara Municipal de Beja. Acedido em Junho 2018. Disponível em <http://www.cm-beja.pt/viewcidade.do2?numero=2103>.

Observatório Nacional da Diabetes (2016). *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes* (8º Ed.). Lisboa: Letra Sollúvel - Publicidade e Marketing, Lda.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio Caminho Andado: Relatório Primavera 2018*. Lisboa: Autor.

OECD (2017). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU*. Bruxelas: Autor.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.

Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca* (CISCOS – Centro de Investigação em Saúde Comunitária, Trad.). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. (Tradução do original inglês *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*, 2008, Geneva: World Health Organization).

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th Ed.). New Jersey: Pearsons Education, Inc.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 35 (18/02/2011), 8648-8653. Acedido em 25/03/2019. Disponível em <https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdfem>.

Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho de 2015. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª Série – n.º 118 (18/06/2015), 16481–16486. Acedido em 25/03/2019. Disponível em <https://dre.pt/application/file/67540465>.

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018. Diário da República, 2.ª série - N.º 135 (16/07/2018), 19354-19359. Acedido em 25/03/2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAdade-p%C3%BAblica.pdf>.

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (2016). Plano de Atividades e Orçamento.
- USF Alfa Beja. (2018). USF Alfa Beja. Acedido em Junho 2018. Disponível em <https://usfalfabeja.org/>.
- Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender. *Acta Paul Enferm.*, 18 (3), 235-240. Acedido em 19/03/2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>.
- Vivieros, A. S., Borges, M., Martins, R., Anahory, B. & Cordeiro, M. S. (2015). Estudo LIDIA: risco de diabetes *mellitus* tipo 2 numa população rural dos Açores. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 10 (2), 124-127.
- World Health Organization (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- World Health Organization (2016). *Informe Mundial Sobre La Diabetes*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- World Health Organization (2018). Acedido em 16/03/2019. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

ANEXOS

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

ANEXO 1. Autorização do Senhor Coordenador da Unidade Funcional de
Saúde

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Exmo. Senhor Coordenador
da Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja
da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

Assunto: Pedido de Autorização

Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira, aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ministrado no Instituto Politécnico de Setúbal, a desenvolver estágio numa equipa de saúde da Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., sob a orientação do Senhor Enfermeiro Especialista Luís Manuel Pereira Rosa, vem por este meio solicitar autorização para aplicar o instrumento de colheita de dados para Diagnóstico de Saúde: Risco de Diabetes Tipo2, de pessoas entre os 50 e 64 anos, inscritos numa equipa de saúde da USF Alfa Beja, que segue em anexo.

Pede deferimento

Beja 21 de Maio de 2018

A requerente

Maria Guadalupe F.B. Pais Pereira

*Autorizo o solicitado
uma vez que é do
interesse da Unidade e da
formação.*

Luis Coentro
Coordenador da USF Alfa Beja
21/5/2018

ANEXO 2. Autorização da Comissão de Ética



**EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO n.º 08/2018 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 19.09.2018 (Ata nº 47, Ponto 4.1)**

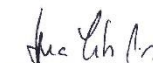
Aos dez dias do mês de setembro de dois mil e dezoito, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar, mas justificou a sua falta. -----

««PONTO DOIS – EDOC/2018/32169 – Projeto de Intervenção “Diagnóstico de Saúde das pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da Unidade de Saúde Familiar AlfaBeja – Risco da Diabetes Tipo 2”, a realizar pela Enfermeira Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Beja. -----

Dada a correção da data de início do trabalho apresentada pela Senhora Enfermeira, a Comissão decidiu emitir parecer positivo sobre este Projecto. -----

Beja, 27 de Setembro 2018

A Presidente da Comissão de Ética


Ana Matos Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSE JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Gonçalves Lima
7801-640 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275

 REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Instrumento de Colheita de Dados para Diagnóstico de
Saúde

Instrumento de colheita de Dados para Diagnóstico de Saúde

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o Risco de Diabetes Tipo 2 do entrevistado. A amostra de entrevistados são pessoas entre os 50 e 64 anos, pertencentes a uma equipa de saúde da Unidade Saúde Familiar Alfa Beja, em Beja.

Identificação da Entrevista

Data da Entrevista: ____/____/____

Nº de questionário: ____

Identificação do Entrevistado

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Risco de Diabetes Tipo 2

Idade: ____ anos

Altura: ____ m

Peso: ____ Kg

Índice de Massa Corporal: ____ Kg/m²

Medida da cintura (ao nível do umbigo): ____ cm

Pratica, diariamente, atividade física, pelo menos durante 30 minutos, no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo as atividades de vida diária):

☐ Sim ☐ Não

Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

☐ Todos os dias ☐ Às vezes: _____

Toma regularmente alguns medicamentos para a Hipertensão Arterial?

☐ Sim ☐ Não

Maria de Guadalupe Pais Pereira

2018

Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (por exemplo: num exame de saúde, durante um período de doença, ou durante a gravidez)?

[] Sim [] Não

Tem algum membro da família próximo ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1, ou Tipo 2)?

[] Sim [] Não

Se sim, qual o grau de parentesco?

[] Avós, tias, tios ou primos em 1º grau

[] Pais, irmãos, irmãs, ou filhos

Outros Dados

Número de refeições por dia:

[] 3 refeições ou menos [] + de 3 refeições

Se pratica atividade física, como a pratica?

[] Individual [] Classe ou grupo organizado

Apresenta doenças crónicas:

[] Dislipidémia [] Cardíacas [] Osteoarticulares

[] Outras. Qual? _____

Com que frequência utiliza os recursos de saúde:

[] Anualmente [] Mensalmente [] Semanalmente

[] Outras. Quantas? _____

Razão pela qual utiliza os serviços de saúde:

[] Rotina/programa [] Doença aguda

[] Outra. Qual? _____

Tem hábitos tabágicos?

[] Não [] Sim, quantos cigarros/dia? _____

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Nº. anos de consumo? _____	
Tem hábitos alcoólicos?	
☐ Não ☐ Sim, nº. copos/semana:	
Cerveja _____	
Vinho _____	
Vinho maduro _____	
Aperitivo _____	
Aguardente _____	
Toma medicação diariamente?	
☐ Não ☐ Sim, mais de 5 comprimidos? _____	

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE 2. Pedido de Autorização ao Senhor Coordenador da
Unidade Funcional de Saúde

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Exmo. Senhor Coordenador
da Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja
da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

Assunto: Pedido de Autorização

Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira, aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ministrado no Instituto Politécnico de Setúbal, a desenvolver estágio numa equipa de saúde da Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., sob a orientação do Senhor Enfermeiro Especialista Luís Manuel Pereira Rosa, vem por este meio solicitar autorização para aplicar o instrumento de colheita de dados para Diagnóstico de Saúde: Risco de Diabetes Tipo2, de pessoas entre os 50 e 64 anos, inscritos numa equipa de saúde da USF Alfa Beja, que segue em anexo.

Pede deferimento
Beja 21 de Maio de 2018

A requerente

APÊNDICE 3. Pedido de Autorização à Comissão de Ética

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

 ULSBA Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
--	---	-----------------

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: Projeto de Intervenção "Diagnóstico de Saúde das pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da Unidade de Saúde Familiar AlfaBeja - Risco da Diabetes Tipo 2"

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira

Filiação Institucional: Enfermeira Graduada – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Beja

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4): Anexo 4

Investigador responsável/orientador:

Responsáveis Académicos: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro e Enfermeiro Luís Manuel Pereira Rosa, Especialista em Enfermagem Comunitária

Justificação:

Fundamentação e pertinência do projeto de estágio é apresentado no Protocolo que anexo (Anexo 3).

Objetivos do Estudo:

Objetivos: Promover ganhos em saúde para a comunidade, nomeadamente, a população-alvo do estudo; e elaborar o diagnóstico de situação em saúde, tendo por base a temática do Risco de Diabetes Tipo 2, estabelecendo uma priorização dos problemas/necessidades encontrados, com vista à prossecução das etapas seguintes do planeamento em saúde, no decorrer do Estágio II.

Data prevista de início dos trabalhos: 14/05/2018

Data prevista de fim dos trabalhos: 25/01/2019

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

 ULSBA Unidade Local de Saúde de Baurer Alentejo, EPE	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
---	--	-----------------

Metodologia <u>Tipo de Estudo:</u> Quantitativo <u>População e Amostra/Informantes:</u> Pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da Unidade de Saúde Familiar AlfaBeja <u>Critérios de Inclusão/Exclusão:</u> Amostra aleatória às pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da USF AlfaBeja. Serão excluídas as pessoas já com diagnóstico de diabetes, as pessoas a quem já foi calculado o risco de diabetes tipo 2, há menos de 2 anos e aos utentes que habitem em zonas rurais. <u>Locais onde Decorre a Investigação:</u> Este projeto de estágio desenvolve-se nas instalações da USF AlfaBeja – ULSBA – e termina com a elaboração do relatório da mesma. <u>Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):</u> Anexo 2 <u>Garantia de Confidencialidade:</u> De acordo com a técnica de recolha de dados selecionada pela estudante, através de instrumento de colheita de dados, irá elaborar-se uma codificação numérica dos questionários, com total garantia de anonimato. Relativamente à pesquisa documental, os dados a consultar e a analisar serão provenientes de artigos e publicações disponíveis nas bases de dados eletrónicas. No decurso deste trabalho os recursos serão utilizados de forma racional e responsável. De referir ainda, que enquanto enfermeira registada na Ordem dos Enfermeiros e como tal regida pelo código deontológico, serão salvaguardados todos os aspetos éticos no decurso do referido trabalho e estágios (I e II). Será minha intenção, que com este trabalho possa arquitetar estratégias plurais, para que os ganhos em saúde sejam uma realidade, para o grupo etário em estudo. <u>Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):</u> Os dados serão recolhidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados, individualmente e com participação voluntária, após assinarem o consentimento informado. Anexo 1: Consentimento de Participação

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação? Não Explicitar em caso afirmativo:

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

 ULSBA Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
--	--	-----------------

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação? Sim

Explicitar em caso afirmativo: Será minha intenção, que com este trabalho possa arquitetar estratégias plurais, para que os ganhos em saúde sejam uma realidade para o grupo em estudo.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:

Com a elaboração deste estudo, prevê-se a utilização de recursos materiais e de equipamento suportados na totalidade pela estudante; físicos (as instalações da USF AlfaBeja); e humanos (horas de trabalho).

ANEXAR

1. **Folha de Consentimento Informado** que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- Identificação do investigador;
- Identificação do estudo;
- Objetivos do estudo;
- Informações relevantes;
- Caráter voluntário da participação e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo;
- Confidencialidade das respostas

2. **Instrumento(s) de Colheita de Dados**

3. **Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)

4. **Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: 02/07/2018

O Proponente:

Naíra de Guadalupe Ferno Baptista Reis Pereira

(Assinatura manuscrita)

PROTOCOLO DO PROJETO

Data

29/06/2018

Título Projeto: Projeto de Intervenção “Diagnóstico de Saúde das pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da Unidade de Saúde Familiar AlfaBeja - Risco da Diabetes Tipo 2”

Nome da Aluna: Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira.

Responsáveis Académicos: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro e Enfermeiro Luís Manuel Pereira Rosa, Especialista em Enfermagem Comunitária.

Resumo

As unidades de saúde devem ser locais propícios à promoção da saúde, para isso, é necessário que os enfermeiros estejam capacitados para a mudança de comportamentos dos cidadãos. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades de saúde das populações, desenvolvendo as suas práticas na promoção da saúde, prevenção de complicações, satisfação e bem-estar dos utentes, planeamento em saúde e vigilância epidemiológica. O principal objetivo é sempre que possível, ajudar a identificar e potenciar as pessoas, famílias e grupos, mental, física e socialmente. Como, nos refere a Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, (2015, DR 118, p.1 e 2)

“O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte (...) Foram identificadas sete categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos clientes, readaptação funcional,

organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde e vigilância epidemiológica.” (DR 118, 2015, p.1 e 2).

“O planeamento da saúde apresenta as principais fases do seu processo que se encontram descritas:” diagnóstico da situação, definição de prioridades, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação”. Há que reter que planeamento em saúde constitui um processo dinâmico e contínuo. Imperatori & Giraldes (1982, p.8)

Dado que o meu estágio ira decorrer na USF AlfaBeja, Unidade de Saúde Local do Baixo Alentejo (USLBA), Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Alentejo, é natural que o estudo incida na população do referido distrito/concelho. A população deste caracteriza-se como uma população idosa, que tem como consequência diversas doenças de uma população com as caraterísticas supracitadas, tais como Diabetes Tipo 2, Hipertensão Arterial, Obesidade, entre outras.

Tendo em conta, todos os aspetos referidos anteriormente, irá ser elaborado e aplicado um instrumento de colheita de dados, à população-alvo, pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da Unidade de Saúde Familiar AlfaBeja, aleatoriamente, abordando o Risco da Diabetes Tipo 2 (pedido feito pela equipa, no sentido de atingir indicadores de saúde) e outros dados para determinação do diagnóstico de saúde (Anexo 2). A Diabetes é uma problemática mundial, nacional e regional, englobada em programas de saúde, planos e projetos de intervenção comunitária. “A diabetes tipo 1, que atinge menos de 5% da população mundial com diabetes, tem vindo a aumentar ligeiramente em idades cada vez mais jovens. Mas é a diabetes tipo 2 que apresenta a maior prevalência, com mais de 400 milhões de pessoas”. Boavida (2016, p.1)

No diagnóstico de saúde o enfermeiro na comunidade intervém nos diversos programas de saúde, identificando as necessidades, definindo prioridades e elaborando projetos de intervenção comunitária, não esquecendo o contexto social, político e cultural, que lhe está subjacente, promovendo a participação comunitária, a prevenção e proteção da saúde, visando sempre os ganhos em saúde.

Objetivos: Promover ganhos em saúde para a comunidade, nomeadamente, a população-alvo do estudo; e elaborar o diagnóstico de situação em saúde, tendo por base a temática do Risco de Diabetes Tipo 2, estabelecendo uma priorização dos

problemas/necessidades encontrados, com vista à prossecução das etapas seguintes do planeamento em saúde, no decorrer do Estágio II.

Métodos: A metodologia de investigação em saúde diligencia a compreensão de uma determinada situação, incentivando à análise e reflexão das necessidades e problemas das pessoas.

Este trabalho baseia-se num estudo quantitativo utilizando-se para o efeito um questionário/instrumento de colheita de dados, para diagnóstico de saúde. Pretende-se recolher dados direcionados a analisar e avaliar o risco de diabetes tipo 2 e outros dados que fossem suficientemente abrangentes para o diagnóstico de saúde da comunidade em estudo. Os dados relativos ao risco da diabetes tipo 2 são os pedidos no SClinico, programa informático que é utilizado para os registos de enfermagem dos utentes (programas, processo de enfermagem, diagnóstico e intervenções, entre outros). O cálculo do referido risco deve ser realizado a cada 2 anos e aplica-se a utentes com mais de 18 anos. Esta avaliação é efetuada nos cuidados de saúde primários, tanto na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) como na USF AlfaBeja. Os outros dados surgem para completar e estabelecer um diagnóstico de saúde, priorizando as problemáticas.

Amostra: Pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da Unidade de Saúde Familiar AlfaBeja.

Fundamentação e pertinência do projeto de estágio:

Eu, Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira, sou estudante da 2.^a Edição de Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que decorre no ano letivo de 2017/2018, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal. Presentemente encontro-me a realizar Estágio I de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na USF AlfaBeja, sob a orientação da Sr. Enfermeiro Especialista Luís Manuel Pereira Rosa, e da Sra. Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro, numa primeira fase no período de 14 de Maio a 22 de Junho, de 2018 e, numa segunda fase, no primeiro semestre do próximo ano letivo, de 17 Setembro de 2018 a 25 de Janeiro de 2019 (Estágio II).

No Estágio I pretende-se elaborar o diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, com vista a identificar problemas, determinar necessidades em saúde e estabelecer prioridades, a dar continuidade no Estágio II. A proposta de tema de projeto de intervenção comunitária a

realizar será direcionada para o Risco da Diabetes Tipo 2 - “Diagnóstico de Saúde das pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da Unidade de Saúde Familiar AlfaBeja”.

A elaboração do diagnóstico de situação de saúde é crucial para a concretização das etapas posteriores do projeto de estágio, segundo este método, e interfere diretamente com a determinação das prioridades (2ª etapa do planeamento em saúde), e com a avaliação deste.

Este projeto de estágio desenvolve-se nas instalações da USF AlfaBeja – ULSBA - e termina com a elaboração do relatório do mesmo.

Seleção da amostra:

Amostra aleatória às pessoas com idades entre os 50-64 anos de uma equipa da USF AlfaBeja. Serão excluídos os utentes já com diagnóstico de diabetes, os utentes a quem já foi calculado o risco de diabetes tipo 2, há menos de 2 anos e aos utentes, que embora pertencentes à equipa, habitam em zonas rurais.

Procedimentos metodológicos:

A metodologia que se pretende utilizar neste percurso, é a metodologia do planeamento em saúde, através da identificação criteriosa dos problemas e das intervenções adequadas dirigidas às necessidades da população (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990). Será utilizado o instrumento de recolha de dados – estudo quantitativo.

Instrumentos de avaliação:

Instrumento de Colheita de Dados (Anexo 2).

O método a utilizar para avaliar a prioridade dos problemas será o Método de Hanlon, que estabelece prioridades (Tavares, 1990).

Será efetuada uma revisão da literatura, tendo por base a procura pela melhor e mais recente evidência científica acerca da temática em estudo.

Como serão recolhidos os dados?

Os dados serão recolhidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados (Anexo 2), individualmente e com participação voluntária, após assinarem o consentimento informado (Anexo 1).

Como será mantida a confidencialidade nos registos?

De acordo com a técnica de recolha de dados selecionada pela estudante, através de instrumento de colheita de dados, irá elaborar-se uma codificação numérica dos questionários, com total garantia de anonimato.

Relativamente à pesquisa documental, os dados a consultar e a analisar serão provenientes de artigos e publicações disponíveis nas bases de dados eletrónicas.

No decurso deste trabalho os recursos serão utilizados de forma racional e responsável. De referir ainda, que enquanto enfermeira registada na Ordem dos Enfermeiros e como tal regida pelo código deontológico, serão salvaguardados todos os aspetos éticos no decurso do referido trabalho e estágios (I e II).

Será minha intenção, que com este trabalho possa arquitetar estratégias plurais, para que os ganhos em saúde sejam uma realidade, para o grupo etário em estudo e para as faixas etárias posteriores, pela longevidade (aumento da esperança média de vida) cada vez mais presente, nas nossas sociedades.

Recursos:

Com a elaboração deste estudo, prevê-se a utilização de recursos materiais e de equipamento suportados na totalidade pela estudante; físicos (as instalações da USF AlfaBeja); e humanos (horas de trabalho).

Cronograma:

Os cronogramas são mapas temporais que fornecem a relação entre as atividades, a duração e o momento em que estas ocorrem, permitindo-nos uma visão conjunta.

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Cronograma

Meses							
Etapas do Planeamento em Saúde		Maio 2018	Junho 2018	Setembro 2018	Outubro 2018	Dezembro 2018	Janeiro 2019
Diagnóstico da Situação							
Determinação de Prioridades							
Fixação de Objetivos							
Seleção de Estratégias							
Preparação Operacional							
Execução							
Avaliação							
Elaboração do Relatório de Estágio							

Referências Bibliográficas:

Boavida, J. M. (2016). Diabetes: uma emergência de saúde pública e de políticas da saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República, 2ª série - Nº 118 -19 de junho de 2015. Regulamento nº 348/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.

Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: obras avulsas.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Instrumento de colheita de Dados para Diagnóstico de Saúde

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o Risco de Diabetes Tipo 2 do entrevistado. A amostra de entrevistados são pessoas entre os 50 e 64 anos, pertencentes a uma equipa de saúde da Unidade Saúde Familiar Alfa Beja, em Beja.

Identificação da Entrevista

Data da Entrevista: ____/____/____

Nº de questionário: ____

Identificação do Entrevistado

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Risco de Diabetes Tipo 2

Idade: ____ anos

Altura: ____ m

Peso: ____ Kg

Índice de Massa Corporal: ____ Kg/m²

Medida da cintura (ao nível do umbigo): ____ cm

Pratica, diariamente, atividade física, pelo menos durante 30 minutos, no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo as atividades de vida diária):

☐ Sim ☐ Não

Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

☐ Todos os dias ☐ Às vezes: _____

Toma regularmente alguns medicamentos para a Hipertensão Arterial?

☐ Sim ☐ Não

Maria de Guadalupe Pais Pereira

2018

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (por exemplo: num exame de saúde, durante um período de doença, ou durante a gravidez)?

[] Sim [] Não

Tem algum membro da família próximo ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1, ou Tipo 2)?

[] Sim [] Não

Se sim, qual o grau de parentesco?

[] Avós, tias, tios ou primos em 1º grau

[] Pais, irmãos, irmãs, ou filhos

Outros Dados

Número de refeições por dia:

[] 3 refeições ou menos [] + de 3 refeições

Se pratica atividade física, como a pratica?

[] Individual [] Classe ou grupo organizado

Apresenta doenças crónicas:

[] Dislipidémia [] Cardíacas [] Osteoarticulares

[] Outras. Qual? _____

Com que frequência utiliza os recursos de saúde:

[] Anualmente [] Mensalmente [] Semanalmente

[] Outras. Quantas? _____

Razão pela qual utiliza os serviços de saúde:

[] Rotina/programa [] Doença aguda

[] Outra. Qual? _____

Tem hábitos tabágicos?

[] Não [] Sim, quantos cigarros/dia? _____

Maria de Guadalupe Pais Pereira

2018

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Nº. anos de consumo? _____	
Tem hábitos alcoólicos?	
☐ Não ☐ Sim, nº. copos/semana:	
Cerveja _____	
Vinho _____	
Vinho maduro _____	
Aperitivo _____	
Aguardente _____	
Toma medicação diariamente?	
☐ Não ☐ Sim, mais de 5 comprimidos? _____	

Obrigado pela sua colaboração.

Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

2º Curso 2017-2018

Instituto Politécnico de Setúbal

Unidade de Saúde Familiar – Alfa Beja, ULSBA – E.P.E.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro para os devidos efeitos que participo de livre e espontânea vontade neste projeto, Diagnóstico de Saúde : Risco de Diabetes Tipo2, das pessoas entre os 50 e 64 anos de idade, inscritos numa equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) – Alfa Beja, desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em parceria com a Unidade de Saúde Familiar – Alfa Beja, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

Mais declaro que me foram explicados os objetivos da referida investigação e que me foram dadas garantias de anonimato e confidencialidade dos dados que eu venha a revelar.

Declaro ainda que fui informado/a que poderei recusar participar ou interromper a minha participação a qualquer momento do preenchimento do questionário e que posso solicitar os resultados deste projeto quando estiver terminado.

Aceito participar nesta investigação nas condições acima referidas.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Beja, ____ de _____ de 2018

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade



Curriculum Vitae

INFORMAÇÃO PESSOAL

Ferro Baptista Pais Pereira, Maria de Guadalupe

Rua Deolinda Quartim nº1, 7800-376, Beja, Portugal

+351284087901 +351969041725

guadalupe.pereira@ulsba.min-saude.pt e gupaispereira@gmail.com

Sexo Feminino | Data de nascimento 06/02/1963 | Nacionalidade Portuguesa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

5 de Janeiro de 1987 até
actualidade

Enfermeira Graduada

- Atualmente: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Centro de Saúde de Beja
- Cuidados de Saúde Primários - equipa nuclear de saúde – nas extensões de Mombeja, Trigaches, São Brissos e Baleizão (Centro de Saúde de Beja) – A partir de 1997
- Cuidados de Saúde Primários - equipa nuclear de saúde - na extensão de Brinches (Centro de Saúde de Serpa) – 5 anos
- Unidade de internamento e urgência no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo – 2 anos
- Unidade de internamento e urgência no Centro de Saúde de Moura – 3 anos

Tipo de empresa ou sector de atividade ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

De Janeiro de 2000 até 30 de
Julho de 2001

Licenciatura em Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem de Beja

De Janeiro de 1984 até 17 de
Dezembro de 1986

Curso de Enfermagem Geral

Escola Superior de Enfermagem de Beja

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna Português

Outras línguas

COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
Francês	B1	B1	B1	B1

Níveis: A1/2: Utilizador básico - B1/2: utilizador independente - C1/2: utilizador avançado
Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas

Competências de organização

Presidente da Associação de Pais da Escola Nº1 de Beja - 1º ciclo - durante 7 anos
Orientação de alunos de enfermagem em estágio
Responsável pelas funções de chefia de enfermagem no Centro de Saúde de Beja durante 2 semanas (ausência temporária da responsável pelo cargo)

Competências técnicas

Competências adquiridas em formação quer como formando quer como preileitora
Participação em projetos na Sub-Região de Saúde de Beja

Competências informáticas

Competências informáticas básicas

Outras competências

Colaboração em diversos eventos culturais e desportivos

Carta de Condução

Carta de veículos ligeiros (Categoria B1, B)

APÊNDICE 4. Consentimento de Participação

Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

2º Curso 2017-2018

Instituto Politécnico de Setúbal

Unidade de Saúde Familiar – Alfa Beja, ULSBA – E.P.E.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro para os devidos efeitos que participo de livre e espontânea vontade neste projeto, Diagnóstico de Saúde : Risco de Diabetes Tipo2, das pessoas entre os 50 e 64 anos de idade, inscritos numa equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) – Alfa Beja, desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em parceria com a Unidade de Saúde Familiar – Alfa Beja, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

Mais declaro que me foram explicados os objetivos da referida investigação e que me foram dadas garantias de anonimato e confidencialidade dos dados que eu venha a revelar.

Declaro ainda que fui informado/a que poderei recusar participar ou interromper a minha participação a qualquer momento do preenchimento do questionário e que posso solicitar os resultados deste projeto quando estiver terminado.

Aceito participar nesta investigação nas condições acima referidas.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Beja, ____ de _____ de 2018

APÊNDICE 5. Comunicação das Consultas Disponibilizadas aos
Utentes

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PROJETO

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

PREVENÇÃO DE DIABETES EM PESSOAS DE MEIA-IDADE

Relembramos a/o utente _____,
que foram disponibilizadas consultas de enfermagem, de nutrição e médica
para o dia 29 de novembro de 2018, às _____ H, na USF Alfa BEJA. As
consultas estão isentas de taxas moderadoras, porque são desenvolvidas no
âmbito deste projeto.

Atenciosamente

20/11/2018

A equipa

APÊNDICE 6. Cronograma de Atividades

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

Atividades/ Intervenções	Meses																
	Maio 2018	Junho 2018	Julho 2018 - Férias	Agosto 2018 - Férias	Setembro 2018	Outubro 2018	Novembro 2018	Dezembro 2018	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	Março 2019	Abril 2019	Maio 2019	Junho 2019	Julho 2019	Agosto 2019	Setembro 2019
Pedido de autorização ao coordenador da unidade de saúde																	
Pedido de autorização à Comissão de Ética																	
Diagnóstico da Situação																	
Determinação de Prioridades																	
Fixação de Objetivos																	
Seleção de Estratégias																	
Apresentação à equipa de saúde o projeto de intervenção comunitária																	
Reuniões com os parceiros comunitários e apresentação do projeto																	
Elaboração do "flyer"																	
Criar grupo no Facebook: "risco controlado, diabetes de lado"																	
Informação e realização das consultas disponibilizadas de enfermagem, médicas e de nutrição																	
Realização do artigo científico																	
Sessão de Educação para a Saúde: Estilos de vida saudáveis-Prevenção da diabetes e apresentação do projeto aos intervenientes																	
Sessão de Educação para a Saúde: Hábitos alimentares saudáveis																	
Sessão de Educação para a Saúde: Atividade física saudável																	
Apresentação e avaliação do projeto às restantes equipas da unidade de saúde																	
Replicação das Intervenções às restantes equipas da unidade de saúde																	
Avaliação do projeto																	
Elaboração do Relatório de Estágio																	

APÊNDICE 7. Artigo Científico Realizado no Decorrer do Estágio Final

**Efetividade de intervenção na prevenção de Diabetes Mellitus
Tipo 2**

Effectiveness of intervention on prevention of Type 2 Diabetes
Mellitus

Eficacia de la intervención en la prevención de la diabetes Mellitus
Tipo 2

Maria Guadalupe Pereira¹ (gupaispereira@gmail.com); Ana Maria Canhestro²
(ana.canhestro@ipbeja.pt)

Resumo

Objetivo: Conhecer a efetividade das intervenções na prevenção de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), no adulto de meia-idade. **Metodologia:** Realizada uma revisão sistemática, visando responder à questão “Qual a efetividade de intervenção na prevenção de DM2, em adultos de meia-idade?”. O processo de pesquisa realizou-se no mês de outubro de 2018, nas bases de dados B-On, EBSCO e Scielo, sendo usados como descritores “intervenção”, “enfermagem”, “risco de diabetes mellitus tipo 2”, “adulto de meia-idade”. Considera-se como critérios de inclusão o adulto com risco de DM2, todos os idiomas e data de publicação 2013 – 2018. Após processo de análise foram selecionados 6 artigos. **Resultado:** A complexidade da prevenção de DM2 aponta para a importância de atuação de uma equipa multiprofissional de saúde, que favoreça uma participação ativa dos indivíduos, que apresentam risco para desenvolver a doença, no planeamento e tomada de decisões para as estratégias de mudanças no comportamento. **Conclusão:** O aumento da prevalência da DM2 aumenta em proporção com a idade. É fundamental desenvolver programas educacionais

¹ Estudante do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem de Setúbal 2017/2019

² Professora Doutora, docente orientadora da unidade curricular Estágio II do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem de Setúbal 2017/2018

individuais ou em grupo, com intervenções efetivas às pessoas que apresentem risco, nomeadamente na meia-idade, melhorando o conhecimento e a atitude para os comportamentos preventivos da DM2 e fundamentais a um envelhecimento mais saudável.

Descritores: "intervenção"; "enfermagem"; "risco de diabetes mellitus tipo 2" e "adulto de meia-idade"

Abstract:

Objective: To know the effectiveness of interventions for the prevention of diabetes mellitus type 2 (DM2) in middle-aged adults. **Methodology:** A systematic review was conducted to answer the question "What is the effectiveness of intervention in the prevention of DM2 in middle-aged adults?". The research process was carried out in October, 2018, in the databases B-On, EBSCO and Scielo, being used as descriptors "intervention", "nursing", "risk of diabetes mellitus type 2", "adult of middle-age". It was considered as inclusion criteria the adult with DM2 risk, all languages and date of publication 2013 - 2018. After the analysis, 6 articles were selected. **Results:** The complexity of DM2 prevention points to the importance of a multiprofessional health team that favors the active participation of individuals who are at risk for developing the disease, in planning and decision making for behavior change strategies. **Conclusion:** The increase in the prevalence of DM2 increases in proportion to age. It is essential to develop individual or group educational programs with effective interventions for people at risk, particularly in middle age, improving the knowledge and attitude towards the preventive behaviors of DM2 and fundamental to a healthier aging.

Keywords: "intervention"; "nursing"; "Risk of type 2 diabetes mellitus" and "middle-aged adult"

Resumen

Objetivo: Conocer la efectividad de las intervenciones en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en el adulto de mediana edad. **Métodos:**

Realizada una revisión sistemática, para responder a la pregunta "¿Cuál es la efectividad de intervención en la prevención de DM2, en adultos de mediana edad?". El proceso de investigación se realizó en el mes de octubre de 2018, en las bases de datos B-On, EBSCO y Scielo, siendo usados como descriptores "intervención", "enfermería", "riesgo de diabetes mellitus tipo 2", "adulto de edad media". Consideramos como criterios de inclusión el adulto con riesgo de DM2, todos los idiomas y fecha de publicación 2013 - 2018. Después del proceso de análisis se seleccionaron 6 artículos. **Resultado:** La complejidad de la prevención de DM2 apunta a la importancia de actuar de un equipo multiprofesional de salud, que favorezca una participación activa de los individuos que presentan riesgo para desarrollar la enfermedad, en la planificación y toma de decisiones para las estrategias de cambio en el comportamiento. **Conclusión:** El aumento de la prevalencia de la DM2 aumenta en proporción a la edad. Es fundamental desarrollar programas educativos individuales o en grupo, con intervenciones efectivas a las personas que presenten riesgo, especialmente en la mediana edad, mejorando el conocimiento y la actitud hacia los comportamientos preventivos de la DM2 y fundamentales a un envejecimiento más sano.

Palabras claves: "intervención"; "Enfermería"; "Riesgo de diabetes mellitus tipo 2" y "adulto de mediana edad"

APÊNDICE 8. Convite e Plano para os Utentes para a Sessão de Educação para a Saúde: Estilos de Vida Saudáveis – Prevenção de Diabetes

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Convite

Maria de Guadalupe Pereira, enfermeira, a frequentar o Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal e equipa de saúde da USF Alfa Beja, Dr Coentro e Enf^o Luis, têm a honra de convidar Vossa Excelência para a Sessão de Educação para a Saúde sobre: "Estilos de vida saudáveis – Prevenção de Diabetes" e apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde, do qual participou e respetivo projeto de intervenção comunitária.

Esta apresentação decorrerá no dia 05 de dezembro de 2018, na Sala de Reuniões da USF Alfa Beja às 18h30 minutos.

Gratos pela sua presença

Atenciosamente

Dr. Luís Coentro (Coordenador da USF-Beja)

Enf^o Especialista Luís Rosa (Gestor do Projeto)

Enf^o Guadalupe Pereira (Estudante de mestrado)

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

PREVENÇÃO DE DIABETES EM PESSOAS DE MEIA-IDADE

Dia 5 de Dezembro de 2018 às 18h30 na USF Beja

Sessão: “Estilos de vida saudáveis – Prevenção de Diabetes”

Convite ao grupo dos 50 aos 64 anos que apresenta risco de diabetes, para um momento de partilha e conhecimento:

- 18:30** Apresentação
- 18:35** Apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde da comunidade e respetivo projeto de intervenção comunitária (Enfª Guadalupe Pereira)
- 18:45** Apresentação da temática: Estilos de vida saudáveis – Prevenção da Diabetes (Enfª Guadalupe Pereira)
- 19:15** Esclarecimento de dúvidas
- 19:20** Showcooking (Dra. Ana Margarida)

APÊNDICE 9. Plano da Sessão de Educação para a Saúde: Estilos de
Vida Saudáveis – Prevenção de Diabetes



PLANO DA SESSÃO



Estilos de vida saudáveis – Prevenção da diabetes

OBJECTIVO GERAL:

- Capacitar as pessoas para adotarem comportamentos/attitudes adequados perante os seus estilos de vida

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar a população alvo para a importância da prática de atividade física e alimentação adequadas

GRUPO: Pessoas dos 50 aos 64 anos de uma equipa de saúde, que apresentam risco de diabetes mellitus tipo 2

LOCAL: Sala de reuniões da USF Alfa Beja

DATA: 5 de dezembro de 2018

HORA: 18:30 Horas

DURAÇÃO: 1 Hora

Etapas	Conteúdos	Métodos	Materiais Necessários	Tempo
Introdução	Grupo; Tema; Objetivos; Metodologia.	Expositivo Oral	Projeto de Slides Powerpoint	5 minutos
Desenvolvimento	Resultados do diagnóstico de saúde e projeto de intervenção comunitária: “Risco controlado, diabetes de lado: Prevenção da Diabetes em pessoas de meia-idade”; Estilos de vida saudáveis – Prevenção de diabetes; <i>Showcooking</i> (Dra. Ana Margarida – Nutricionista).	Expositivo Oral <i>Brainstorming</i>	Projeto de Slides Powerpoint <i>Flipchart</i> Ingredientes para receita de bolinhos de laranja	30 minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas; Avaliação.	Expositivo Oral	Projeto de Slides Powerpoint	5 minutos

APÊNDICE 10. Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde:
Estilos de Vida Saudáveis – Prevenção de Diabetes

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

24/03/2019

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:
Prevenção de Diabetes em pessoas de meia idade

Maria de Guadalupe Ferro Baptista Pais Pereira nº170531129

Orientação: Professora Ana Maria Sobral Canhestro
Supervisor: Enfermeiro Especialista Luís Manuel Pereira Rosa

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Setúbal, 2018



Sessão de Educação para a Saúde

Estilos de vida saudáveis:
Prevenção de diabetes



Apreciação do contexto/diagnóstico da situação

- Estudo e desenvolvimento do projeto incide sobre a população do distrito/concelho
- ULSBA (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo)
- USF Alfa Beja (Unidade de Saúde Familiar)

Apreciação do contexto/diagnóstico da situação

- Metodologia:
 - Estudo quantitativo utilizando-se para o efeito um instrumento de colheita de dados para determinação do risco de diabetes mellitus tipo 2 e outros dados para diagnóstico de saúde;
 - População alvo: pessoas entre os 50-64 anos de idade de uma equipa da USF AlfaBeja, escolhidos aleatoriamente;
 - Critérios de exclusão: pessoas com diabetes diagnosticada, residentes em meio rural e pessoas a quem já tinha sido calculado o risco há menos de dois anos;
 - Objetivo: Elaborar o diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, com vista a identificar problemas, determinar necessidades em saúde e estabelecer prioridades.

02/12/2018

Avaliação do risco de diabetes mellitus tipo 2

- Idade**
 - Menos de 45 anos - 0 p.
 - 45 - 54 anos - 2 p.
 - 55 - 64 anos - 3 p.
 - Mais de 64 anos - 4 p.
- Índice de Massa Corporal**
 - Menos de 25 kg/m² - 0 p.
 - 25-30 kg/m² - 1 p.
 - Mais de 30 kg/m² - 3 p.
- Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)**

HOMENS	MULHERES
Menos de 94 cm - 0 p.	Menos de 80 cm - 0 p.
94 - 102 cm - 3 p.	80 - 88 cm - 3 p.
Mais de 102 cm - 4 p.	Mais de 88 cm - 4 p.

Avaliação do risco de diabetes mellitus tipo 2

- Prática, regularmente, atividade física por menos de 30 minutos, no trabalho ou durante o tempo livre (contando atividades de vida diária)?
 - Sim - 1 p.
 - Não - 0 p.
- Com que frequência com o seguinte: alta pressão, saúde, legítimos conflitos, entre outros?
 - Muito raramente - 0 p.
 - A raramente - 1 p.
 - Com frequência - 2 p.
 - Muito frequentemente - 3 p.
- Toma regularmente ou já tomou algum medicamento para a hipertensão arterial?
 - Sim - 2 p.
 - Não - 0 p.
- Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex.: no momento de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?
 - Sim - 3 p.
 - Não - 0 p.
- Tem algum membro de família próxima ou parente familiar a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?
 - Sim - 3 p.
 - Não - 0 p.

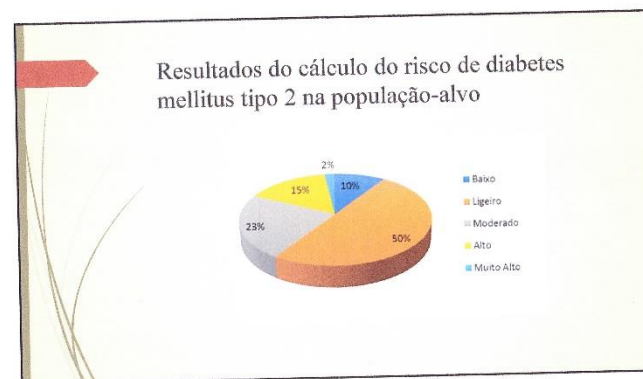
Nota: Se a soma dos pontos for igual ou superior a 10, o risco de diabetes é considerado elevado. Se for inferior a 10, o risco é considerado baixo.

Nível de risco total

A avaliação do risco de diabetes tipo 2 é calculado através da soma dos pontos correspondentes às respostas selecionadas. Assim:

- Se soma de pontos abaixo de 7 » **Risco Baixo**: calcula-se que 1 em 100 pessoas desenvolverá a doença;
- Se soma de pontos entre 7 e 11 » **Risco sensivelmente elevado** (ou ligeiro): calcula-se que 1 em 25 pessoas desenvolverá a doença;
- Se soma de pontos entre 12 e 14 » **Risco moderado**: calcula-se que 1 em 6 pessoas desenvolverá a doença;
- Se soma de pontos entre 15 e 20 » **Risco alto**: calcula-se que 1 em 3 pessoas desenvolverá a doença;
- Se soma de pontos acima de 20 » **Risco muito alto**: calcula-se que 1 em 2 pessoas desenvolverá a doença.

<https://www.spd.pt/magazines/educacao.pdf>



RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

02/12/2018

Definição de prioridades

# Ordem	Legislação/ Magnitude	Gravidade	Vulnerabilidade	Prevalibilidade	Valor de Prioridade	Classificação de Prioridade
1. Incidência	2,5	0	1	1	2,5	7ª
2. Atividade física	8	0	1	1	6	2ª
3. Alimentação	5,1	0	1	1	5,1	3ª
4. Alimentação	2	1	0,5	1	1,5	8ª
5. Hábito alimentar	2,9	1	0,5	0	0	-
6. Hábito alimentar	5,1	1	0,5	1	3,05	5ª
7. Hábito alimentar	3,4	3	0,5	1	3,2	4ª
8. Hábito alimentar	4	1	0,5	1	2,5	6ª
9. Risco de Diabetes	9	1	1	1	10	1ª

Brainstorming



A diabetes no mundo e na Europa

- “A diabetes tipo 1, que atinge menos de 5% da população mundial com diabetes, tem vindo a aumentar ligeiramente em idades cada vez mais jovens. Mas é a diabetes tipo 2 que apresenta a maior prevalência, com mais de 400 milhões de pessoas” (Boavida, 2016)
- Em 2013, na Europa a prevalência da diabetes foi estimada em 56,3 milhões de pessoas, 8,5% da população adulta, desta 37% tinha mais de 50 anos (Cruz, Leitão, & Ferreira, 2016).

A diabetes em Portugal

- Em Portugal, segundo o estudo PREVADIAB, mais de um milhão de pessoas vive com diabetes e mais de 2 milhões têm um risco elevado de a vir a desenvolver (Bárrios & Fernandes, 2014).



02/12/2018

O que é a Diabetes?

- As células utilizam a glicose (açúcar) como fonte de energia. A glicose vem dos alimentos que comemos, no entanto, para que esta seja absorvida pelas células, elas precisam de insulina.
- Num organismo saudável a insulina é produzida em quantidades suficientes face à quantidade de glicose em circulação. Por exemplo, após uma refeição, os níveis de glicose no sangue aumentam. Quando isto acontece, o pâncreas vai libertar insulina, para que a glicose possa ser absorvida pelas células e ser utilizada como energia.
- A diabetes é um síndrome metabólico de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade em utilizá-la adequadamente, causando um aumento da glicose no sangue. Isto acontece quando o pâncreas não é capaz de produzir a quantidade certa de insulina para combater com o alimento ingerido ou há uma resistência à insulina.
- Segundo a Organização Mundial da Saúde, projeta que em 2030 a diabetes será a 7ª maior causa de morte no mundo.

Que Tipos de Diabetes existem?

- Diabetes Tipo 1
- Diabetes Tipo 2
- Diabetes Gestacional
- Outros Tipos

Que Tipos de Diabetes existem? Diabetes Tipo 1

- É caracterizada pela produção de insulina deficiente no corpo devido à destruição das células beta pancreáticas por fatores ambientais, imunológicos e genéticos em combinação. As causas da diabetes tipo 1 não são, ainda, plenamente conhecidas. Contudo, sabe-se que é o próprio sistema de defesa do organismo (sistema imunitário) da pessoa com Diabetes, que ataca e destrói estas células.
- As Pessoas com este tipo de diabetes não insulino-dependentes, pois necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de a poder fabricar. Esta atinge menos de 5% da população mundial com diabetes.
- Têm como principais sintomas: poliúria (urinar em excesso), polidipsia (excessiva sensação de sede), fome constante, perda de peso, cansaço e alteração da visão.
- A causa desta Diabetes do tipo 1 é, pois, a falta de insulina e não está diretamente relacionada com hábitos de vida ou de alimentação inadequados, ao contrário do que acontece na diabetes Tipo 2.

Que Tipos de Diabetes existem? Diabetes Tipo 2

- Caracterizada por um défice de insulina e resistência à insulina, significa isto que, é necessária uma maior quantidade de insulina para a mesma quantidade de glicose no sangue. Numa fase inicial, é possível apresentar valores mais elevados de insulina e valores de glicose normais. É o tipo mais frequente de manifestação da doença e embora tenha uma forte componente hereditária, este tipo de Diabetes pode ser prevenido, em grande parte, controlando os fatores de risco.
- Os sintomas podem ser semelhantes aos da diabetes tipo 1, mas menos intensos ou silenciosos o que potencia a não deteção da doença dia após dia.

02/12/2018

Que Tipos de Diabetes existem? Diabetes Gestacional

- Ocorre durante a gravidez e é caracterizada por um valor de glicemia superior ao ideal, mas menor que o estabelecido para o diagnóstico de diabetes. Pode surgir em grávidas que não tenham apresentado Diabetes anteriormente e, habitualmente, desaparece quando esta termina. Contudo, existe uma enorme probabilidade de tanto a grávida como o recém-nascido virem a ser pessoas com Diabetes do tipo 2, se não forem tomadas medidas de prevenção.
- A Diabetes Gestacional ocorre em cerca de uma em cada 20 grávidas e, se não for detetada através de análises e a hiperglicemia corrigida com dieta e, por vezes com insulina, a gravidez pode complicar-se para a mãe e para a criança. Já tendo ocorrido uma Diabetes Gestacional, a probabilidade de ocorrer novamente na próxima gravidez é de 30% a 50%.

Que Tipos de Diabetes existem? Outros Tipos

Podemos enunciar os seguintes:

- Diabetes Tipo LADA;
- Diabetes tipo MODY;
- Diabetes Secundário ao Aumento de Função das Glândulas Endócrinas;
- Diabetes Secundário a Doenças Pancreáticas;
- Resistência Congénita ou Adquirida à Insulina;
- Diabetes Associado a Políendocrinopatias Auto-Imunes;
- Diabetes Relacionados à Anormalidade de Insulina.

Estes ocorrem com muita menor frequência.

O que acontece se não controlar a diabetes?

A diabetes pode aumentar o risco de problemas de saúde graves. A maioria dos quais são evitáveis, se a glicose no sangue for mantida num nível saudável. Tais complicações podem incidir em:

- Olhos - Retinopatia diabética é uma das causas de cegueira e ocorre como resultado da lesão a longo prazo dos pequenos vasos sanguíneos na retina. 2,6% da cegueira mundial pode ser atribuída à diabetes;
- Pés - Problemas nos pés podem ocorrer quando há danos nos nervos (também chamado de neuropatia), o que resulta em perda de sensibilidade nos pés. Combinado com o fluxo sanguíneo reduzido, a neuropatia aumenta a hipótese de úlceras no pé, infeção e eventual necessidade de amputação de membros;
- Rim - A diabetes está entre as principais causas de insuficiência renal (Nefropatia);
- Disfunção erétil;
- Derrame ou ataque cardíaco - Tendo diabetes aumenta entre duas a três vezes o risco de um acidente vascular cerebral ou enfarte.

A Diabetes Tipo 2 que é a mais frequente e a que pode ser prevenida controlando os fatores de risco.

"Tal como a Sociedade Portuguesa de Diabetologia diz: "A adoção de um estilo de vida saudável, através de uma alimentação equilibrada, controlo do peso e aumento da atividade física, constituem a base de tratamento da diabetes tipo 2 e são transversais a todas as fases de tratamento".

02/12/2018

Que Fatores de risco contribuem para o aparecimento de diabetes tipo 2?

- Excesso de peso – obesidade – alimentação inadequada;
- Sedentarismo;
- Predisposição genética;
- Mulheres que tenham tido diabetes gestacional;
- Mulheres que tenham tido filhos grandes (com mais de 4,5 kg);
- Pessoas com síndrome metabólica (conjunto de problemas que incluem aumento da cintura, colesterol elevado e hipertensão arterial);
- Envelhecimento populacional

O que posso fazer para prevenir o aparecimento de Diabetes Tipo 2?

Existem medidas eficazes para reduzir o risco e prevenir a diabetes tipo 2:

- Atividade física adequada;
- Alimentação adequada/saudável;
- Descanso;
- Padrão de trabalho;
- Tempo de Lazer;
- Hábitos e atitudes.

Pelas complicações da sua morbilidade é crucial evitar ou adiar o máximo possível, prevenindo complicações e investindo na promoção da saúde.

A Diabetes tem cura?

- É uma doença crónica, é uma doença para toda a vida, a diabetes não tem cura. No entanto, é uma doença que se trata e se controla.
- O principal objetivo do tratamento da pessoa com diabetes é conseguir um controlo metabólico, para que possa ter uma vida com qualidade, evitando ou retardando o aparecimento de complicações.

Flyer



Risco controlado, diabetes de lado.

Prevenção da diabetes

Venha aprender como controlar a glicose no sangue
Dicas na qualidade de vida



PREVENÇÃO E RISCO CONTOLADO DA DIABETES

«Como a Diabetes se desenvolve, a prevenção, a prevenção, a prevenção»
«Como a Diabetes se desenvolve, a prevenção, a prevenção, a prevenção»
«Como a Diabetes se desenvolve, a prevenção, a prevenção, a prevenção»

Atividade Física

Atividade física regular e adequada reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2. A atividade física regular e adequada reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2. A atividade física regular e adequada reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

Alimentação

Alimentação saudável e adequada reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2. A alimentação saudável e adequada reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2. A alimentação saudável e adequada reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

Descanso

Descanso adequado e suficiente reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2. O descanso adequado e suficiente reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2. O descanso adequado e suficiente reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

Hábitos e atitudes

Hábitos e atitudes saudáveis e adequados reduzem o risco de desenvolver diabetes tipo 2. Os hábitos e atitudes saudáveis e adequados reduzem o risco de desenvolver diabetes tipo 2. Os hábitos e atitudes saudáveis e adequados reduzem o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

02/12/2018



APÊNDICE 11. Receita Modificada de Bolinhos de Laranja para os Utentes

Bolinhos de Laranja

Ingredientes (12 bolinhos)



- 2 ovos
- 50 g de açúcar
- Raspa de uma laranja
- Sumo de uma laranja
- 100g de farinha
- 1 colher de chá de fermento em pó
- 4 colheres de sopa de azeite

Preparação:

1. Numa tigela, bata os ovos, o açúcar, o azeite, a raspa de laranja, a farinha, o sumo de laranja e o fermento em pó.
Bata até tudo ficar misturado.

2. Coloque a massa em forminhas de silicone sem encher muito.

3. Leve ao forno pré-aquecido nos 180º e deixe cozer durante 13 minutos.

Adaptado de: www.saborintenso.com

APÊNDICE 12. Questionário de Avaliação das Sessões de Educação para
a Saúde

RISCO CONTOLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO

Após esta sessão formativa agradecemos o preenchimento deste questionário de avaliação da mesma. Este questionário é individual e anônimo e tem como objetivo melhorar futuras sessões de educação para a saúde.

Tema: _____

Data: _____ Hora: _____

Responda às respectivas questões selecionando um número de 1 a 5, sendo que 1 é "nada satisfeito" e 5 é "muito satisfeito".

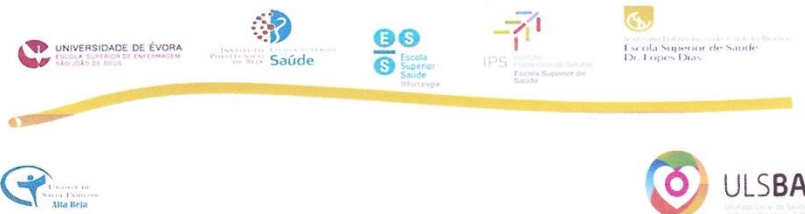
Formação	1 Nada satisfeito	2 Pouco satisfeito	3 Sem opinião	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
Pertinência do tema					
Tipo de linguagem utilizada					
Método audiovisual utilizado					
Qualidade das instalações					
Horário da sessão					
Duração da sessão					

APÊNDICE 13. Convite para os Utentes para a Sessão de Educação para a Saúde: Hábitos Alimentares Saudáveis

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Convite

Maria de Guadalupe Pereira, enfermeira, a frequentar o Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal e a desenvolver Projeto de Estágio, na equipa de saúde da USF Alfa Beja, Dr Coentro e Enf^o Luís Rosa, têm a honra de convidar Vossa Excelência para a Sessão de Educação para a Saúde sobre: “Hábitos Alimentares Saudáveis”, no âmbito do referido Projeto: “RISCO CONTROLADO DIABETES DE LADO: Prevenção de Diabetes em pessoas de meia idade”.

Esta apresentação decorrerá no dia 09 de janeiro de 2019, na Sala de Reuniões da USF Alfa Beja às 18h30 minutos.

Gratos pela sua presença

Atenciosamente

Dr. Luís Coentro (Coordenador da USF-Beja)

Enf^o Especialista Luís Rosa (Gestor do Projeto)

Dr^a Ana Margarida (Nutricionista)

Enf^a Guadalupe Pereira (Mestranda)

APÊNDICE 14. Convite para os Utentes para a Sessão de Educação para a Saúde: Atividade Física Saudável

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Convite

Maria de Guadalupe Pereira, enfermeira, a frequentar o Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Comunitária e de Saúde Pública no Instituto Politécnico de Setúbal e a desenvolver Projeto de Estágio, na equipa de saúde da USF Alfa Beja, Dr Coentro e Enf^o Luís Rosa, têm a honra de convidar Vossa Excelência para a Sessão de Educação para a Saúde sobre: “Atividade Física Saudável”, no âmbito do referido Projeto: “RISCO CONTROLADO DIABETES DE LADO: Prevenção de Diabetes em pessoas de meia idade”.

Esta apresentação decorrerá no dia 23 de janeiro de 2019, na Sala de Reuniões da USF Alfa Beja às 18h30 minutos.

Gratos pela sua presença

Atenciosamente

Dr. Luís Coentro (Coordenador da USF-Beja)

Enf^o Especialista Luís Rosa (Gestor do Projeto)

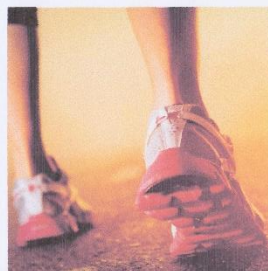
Prof.^a Sandra Rodrigues (Professora de Educação Física)

Enf^a Guadalupe Pereira (Mestranda)

APÊNDICE 15. Flyer distribuído aos Utentes do Projeto

RISCO CONTROLADO, DIABETES DE LADO:

Prevenção da diabetes em pessoas de meia-idade



Risco controlado, diabetes de lado.

Prevenção da diabetes

Venha aprender como controlar e prevenir!
Decida ter ganhos em saúde!



RECURSOS E INICIATIVAS LOCAIS

«Correr e Caminhar em Beja» [semanalmente, às 4^{as} feiras, 19:00h]

Local: Parque de Merendas de Beja, sem inscrição prévia
(com calçado e roupa adequados, para correr ou caminhar.
É só aparecer!).



«Por Esses Campos Fora»

Atividade mensal, que consiste num passeio pedestre pelas freguesias de Beja (desporto e cultura). Requer inscrição prévia. Consultar agenda cultural de Beja.



Reformados

Centro Social do Lídador – Atividade física em grupo, Hidroginástica, Ateliers (bordados, informática, culinária,...), Cante Alentejano, entre outros.

Espaços de atividade física informais, na cidade de Beja

- Ciclovía

- Circuito de manutenção



Privados

Ginásios [prática de atividade física individual ou em grupo]

Instituições Escolares/ Não Escolares

Associações (desportivas e culturais)

Para mais informações, deve contactar as respetivas entidades.

