



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**DIABETES TIPO 2 EM DOENTES COM
MAIS DE 35 ANOS NA POPULAÇÃO DE
VILLAFRANCO DEL GUADIANA**

Eva María Bueno Flores

Orientação: Professora Doutora Filomena Martins

3ª Edição do Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

DIABETES TIPO 2 EM DOENTES COM MAIS DE 35 ANOS NA POPULAÇÃO DE VILLAFRANCO DEL GUADIANA

Eva María Bueno Flores

Orientação: Professora Doutora Filomena Martins

3ª Edição do Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

**DIABETES TIPO 2
EM DOENTES COM MAIS DE 35 ANOS
NA POPULAÇÃO DE VILLAFRANCO DEL GUADIANA**

Eva María Bueno Flores

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

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Marques de Oliveira Martins

Data: 23 de setembro 2020

*As enfermeiras têm assim,
único e insaciável para cuidar dos outros,
o que uma grande força
e, ao mesmo tempo, uma fraqueza.
(Dr. Jean Watson) (Watson, s.f.)*

AGRADECIMIENTOS

Este Mestrado não tem sido fácil por múltiplos fatores pessoais e profissionais. Juntando-se à barreira linguística, houve muitos momentos de querer jogar a toalha, de se sentir inútil e deixá-la inacabada. Num ano tão difícil para o mundo, com esta pandemia que tornou a ficção em realidade, aqui estamos a chegar ao fim. E neste momento tens sempre de olhar para trás e agradecer.

Sempre tive uma pequena voz que não me deixou desistir, OBRIGADA com letras maiúsculas ao meu companheiro, mas, acima de tudo, ao amigo Salva que sempre esteve presente. Obrigada pelo vosso apoio, encorajamento e pelos vossos sorrisos, tu foste o culpado por eu começar esta aventura e também por terminá-la.

Para minha orientadora, Professora Doutora Maria Filomena Martins e também para o Professor Doutor Mário Martins que sempre estiveram disponíveis. Professora agradeço-lhe estar atenta, perdoar e suportar o meu atraso, devido ao meu desespero, carga de trabalho e língua, mil agradecimentos, pelas suas correções, pelo seu apoio, pela sua compreensão e pelo rigor e profissionalismo que demonstrou ao longo deste trabalho.

Ao meu conselheiro, o enfermeiro especialista D. Samuel Bobadilla, obrigada pelo seu conhecimento, disponibilidade e apoio nesta viagem.

Obrigada aos colegas do mestrado, especialmente os da especialidade da comunitária e saúde pública, pelo seu apoio, compreensão e ajuda; obrigada pelo seu acolhimento que tornou este caminho tão fácil. As todos os professores, pela sua paciência, compreensão com a língua, muito obrigada por nos facilitarem a realização deste Mestrado com a nossa língua.

Aos profissionais que trabalham comigo no dia-a-dia que me apoiaram e contactaram quando me desesperei, cada um deles, especialmente o Dr. Casimiro e o Dr. Carlos e os meus colegas enfermeiros e amigos Rachel e Salva; ao meu amigo Dr. Francisco Sanchez pela sua ajuda com a língua (que aprendi pouco) obrigada. Agradeço ainda à população de Villafranco del Guadina por estar disponível para a realização deste projeto, que espero venha a beneficiar das intervenções a realizar.

Não posso esquecer a minha família e amigos que me acompanharam neste caminho e em tudo o que me comprometo, sem eles não seria quem sou. Obrigada por me animarem, por não me deixarem desistir, por me apoiarem em tudo o que faço e por tornarem a minha vida tão bonita, tenho tanta sorte pela minha família e pelos meus amigos.

A meus pais, uns lutadores, que sempre acreditaram em mim. OBRIGADA por me der doado a vida, educarem-me para ser uma boa pessoa e ensinarem-me que todos os dias tens de tentar melhorar e levantar-te se caíres; irmã obrigada por me ensinares que uma cadeira de rodas tudo o que significa é esforço e luta; irmão, obrigada por me ensinares que há sempre uma razão para sorrir e sempre uma razão para ser otimista e obrigada pela pequena Daniela que ilumina as nossas vidas

PS: Obrigada a Portugal pela lição que nos deu à Europa na gestão de uma Pandemia. Covid19.

OBRIGADA A CADA UM DE VÓS.

RESUMO

A diabetes é uma das maiores epidemias do século XXI a nível mundial, especialmente a diabetes mellitus tipo 2, sendo esta situação agravada com as previsões futuras negativistas, tendo um impacto significativo tanto a nível da saúde como a nível económico, e, estando por outro lado intimamente relacionada com fatores de risco cardiovascular, como a presença de obesidade ou inatividade física, ambos fatores crescentes na população atual.

Motivada pela necessidade de conhecer a distribuição desta doença na população onde presto cuidados, foi realizado um estudo "Prevalência de Diabetes tipo 2 em indivíduos com mais de 35 anos na localidade de Villafranco del Guadiana", em uma amostra de 106 indivíduos, 65 homens e 41 mulheres, obtendo-se um resultado de 11,67%, que se assemelha ao resto da Espanha e ao mundo.

Como aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e de acordo com as Estratégias de Abordagem à Doença Crónica do SNS e da OMS efetuámos um projeto de intervenção comunitária, utilizando a metodologia de Planeamento em Saúde, e direcionado para o diagnóstico precoce da doença, bem como para a modificação de estilos de vida de doentes já diagnosticados e da população em geral com o objetivo final de tentar reduzir estes números alarmantes e procurando dar resposta a este problema.

Palavras-chave: Diabetes, Prevalência, Enfermagem Comunitária, Intervenções, Estilos de Vida Saudáveis e Modificáveis

RESUMEN

La diabetes es una de las mayores epidemias del siglo XXI en todo el mundo, especialmente la diabetes mellitus tipo 2, y esta situación se ve agravada por previsiones futuras peores, teniendo un impacto significativo tanto a nivel sanitario como a nivel económico, y, por otro lado, estrechamente relacionada con factores de riesgo cardiovascular como la presencia de obesidad o inactividad física, ambos factores en creciente aumento en la población actual.

Motivada por la necesidad de conocer la distribución de esta enfermedad en la población donde presto mis servicios, se llevó a cabo un estudio de “Prevalencia de Diabetes Tipo 2 en mayores de 35 años en la localidad de Villafranco del Guadiana”, en una muestra de 106 individuos, 65 hombres y 41 mujeres, obteniendo un resultado del 11,67%, que se asemeja al resto de España y del mundo.

Como alumna del Master de Enfermería Comunitaria y Salud Pública y de acuerdo con las Estrategias en el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud y de la OMS planteamos un proyecto de intervención comunitaria, utilizando la metodología de Planificación en Salud, dirigido hacia el diagnóstico precoz de la enfermedad, así como a la modificación de los estilos de vida de los pacientes ya diagnosticados y de la población general con el objetivo final de tratar de reducir estos números alarmantes y tratar de abordar este problema.

Palavras-chave: Diabetes, Prevalência, Enfermagem Comunitária, Intervenções, Estilos de Vida Saudáveis e Modificáveis

ABSTRACT

Diabetes is one of the largest epidemics of the 21st century worldwide, especially type 2 diabetes mellitus, and this situation is aggravated by future negativist forecasts, having a significant impact both in the terms of health and at the economic level, and, on the other hand, closely related to cardiovascular risk factors, such as the presence of obesity or physical inactivity, both increasing factors in the current population.

Motivated by the need to know the distribution of this disease in the population where I care, a study was conducted "Prevalence of Type 2 Diabetes in individuals over 35 years of age in the locality of Villafranco del Guadiana", in a sample of 106 individuals, 65 men and 41 women, obtaining a result of 11.67%, which is similar to the rest of Spain and the world.

As a student of the Master's degree in Community Nursing and Public Health and in accordance with the Strategies for Addressing Chronic Disease of the SNS and WHO we carried out a community intervention project, using the Methodology of Health Planning, and directed to the early diagnosis of the disease, as well as to the modification of lifestyles of patients already diagnosed and the general population with the ultimate goal of trying to reduce these alarming numbers and seeking to respond to this problema.

Keywords: Diabetes, Prevalence, Community Nursing, Interventions, Healthy and Modifiable Lifestyles

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

A-5 – Cinco Autoestrada

A.C. – Antes de Cristo

ADA – Associação Americana de Diabetes

ADNI – Antidiabéticos Não-insulinas

AP – Cuidados Primários

Art. – Artigo

AVAD – Anos de Vida Ajustados a Deficiência

BA – Badajoz

C/ – Cada um

CCAA – Comunidades Autónomas

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CILE – Consentimento Informado Livre e Esclarecido

C. S. – Centro de Saúde

DCCT – Controlo de Diabetes e Complicações

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral de Saúde

dl – decilitro

DM – Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

Dr. – Doutor

Dr.^a – Doutora

Dx – Diagnóstico

EAP - Equipa de Cuidados Primários

ECG – Eletrocardiograma

ECSD – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

CVD – Doenças Cardiovasculares

Etc. – etcetera

FID/IDF – Federação Internacional de Diabetes
FINDRISC ou FINDRISK – Finnish Diabetes Risk Score
FOFA o DAFO o FODA – Forças Oportunidades Fraquezas Ameaças
FRCV – Fatores de Risco Cardiovascular
FSED – Fundação da Sociedade Espanhola de Diabetes
GB – Glicemia em jejum
GLP1 – Péptido tipo Glucagon tipo 1 ou Incretina mimética
GP – Glicemia de plasma
gr – gramo
h – Horas
hab - habitantes
HbA1C – Hemoglobina Glicosilada.
HTA – Hipertensão Arterial
ICN – International Council of Nurses
IMC/BMI – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
Kg – quilograma
Km – Quilómetros
L – Linha de Autocarros
l – Litros
LADA – Latent Autoimmune Diabetes in Adults
m – Metros
MARD – Mild Aged-Related Diabetes
mg – miligrama
mmol – milimol
MOD – Mild Obesity-Related Diabetes
MS – Ministerio da Saúde
MSC – Ministério da Saúde e dos Assuntos do Consumidor
MSSSI – Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade
N-V – Estrada Nacional Cinco
NGSP – National Glycohemoglonin Standardization Program

Nº – Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
p – Página
pp – Páginas
PS – Planeamento em Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
OS – Planeamento em Saúde
PTOG – Teste de Tolerância à Glicose Oral
REVISA – Rede de Vigilância da Saúde Pública
SES – Serviço Extremenho de Saúde
SIAD – Severe Autoimmune Diabetes
SIDD – Severe Insulin-Deficient Diabetes
SIRD – Severe Insulin-Resistant Diabetes
SNS – Sistema Nacional de Salud
SOG – Sobrecarga de glicose oral
TAG – Tolerância Alterada de glicose
TAS – Tensão Arterial Sistólica
TSOG – Teste de Sobrecarga de Glicose Oral
UBA – Unidade de Cuidados Básicos
UC – Unidade Curricular
UE – União Europeia
ZBS – Zona Básica de Saúde
% – por cento

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	18
1.- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
1.1.- DIABETES.....	26
1.1.1.- Dados e números.....	27
1.1.2.- Conceito, diagnóstico e classificação.....	35
1.2.- PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NO DIABETES.....	42
2.- ENQUADRAMENTO PRÁTICO	48
2.1.- DIAGNÓSTICO DA SAÚDE	48
2.1.1.- Caracterização de Talavera La Real e Villafranco del Guadiana	50
2.1.2.- Caracterização da Unidade da Zona Básica de Talavera La Real e o Consultório de Villafranco del Guadiana	54
2.1.3.- Questões Éticas.....	56
2.1.4.- Caracterização da População da Villafranco del Guadiana. População Alvo	56
2.1.5.- Instrumentos, técnicas e procedimentos	61
2.1.6.- Análise dos dados recolhidos	63
2.1.7.- Identificação de problemas: os principais resultados de diagnóstico	67
2.1.8.- Determinação da Necessidade em Saúde	68
2.2. - DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES.....	69
2.2.1. Hierarquização de Problemas	72
2.3.- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	72
2.3.1.- Objetivo General.....	73
2.3.2.- Objetivos Específicos	73
2.4.- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	74
2.5.- PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	78
2.5.1.- Determinação de Custos.....	84
2.6.- PLANEAMENTO DE MONITORIZAÇÃO / AVALIAÇÃO	85
3.- ADQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA.....	92

3.1.- COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	92
3.2.- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	96
3.3.- COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE.....	98
4.- CONCLUSÃO.....	99
BIBLIOGRÁFIA	103
APÊNDICES.....	110
Apêndice I - Protocolo do Projeto de Intervenção Comunitária.....	111
Apêndice II – Artigo científico: Prevalência de diabetes tipo 2 em nos indivíduos com mais de 35 anos de idade na cidade de Villafranco del Guadiana	118
Apêndice III – Grelha de Análise Aplicada aos Problemas: Método Hanlom.....	138
Apêndice IV – Cronograma de GANTT.....	142
ANEXOS	145
Anexo I – Declaração do Diretor do Curso de Mestrado em enfermagem para o Comité de Ética do Área de Saúde de Badajoz	146
Anexo II – Declaração do Tutor – Orientador do relatório para o Comité de Ética do Área de Saúde de Badajoz	148
Anexo III – Autorização do Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde.....	150
Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética e Investigação da Área de Saúde de Badajoz. ...	152
Anexo V – Teste de FINDRISC/FINDRISK	154

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Evolução do número de adultos com diabetes em todo o mundo de 2010 a 2019 (em milhões)	27
Figura n.º 2 – Prevalência mundial da diabetes em adultos (20-79) estimada em 2030 e 2045 (FID 2019)	30
Figura n.º 3 – Critérios de diagnóstico para a diabetes	38
Figura n.º 4 – Modelo de Dahlgren e Whitehead	42
Figura n.º 5 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Percentagem de adultos com diabetes em Espanha de 2010 a 2017	31
Gráfico n.º 2 – Prevalência da diabetes e fatores de risco conexos em Espanha em 2016 por sexo	32
Gráfico n.º 3 – Mortes em Espanha de acordo com os dados do INE de 2018	33
Gráfico n.º 4 – Mortes de acordo com doenças na Estremadura em 2018	34
Gráfico n.º 5 - Evolução n.º de habitantes em Villafranco del Guadiana de 2000 a 2019	56
Gráfico n.º 6 – Pirâmide populacional de Villafranco del Guadiana (outubro de 2019)	59
Gráfico n.º 7 – Número de habitantes agrupados por idade de Villafranco del Guadiana	59
Gráfico n.º 8 – Pessoas com DM2 > 35 anos: total e por sexo em Villafranco del Guadiana em 2019	61
Gráfico n.º 9 – Distribuição de doentes com DM2 > 35 anos por idade e sexo em Villafranco del Guadiana em 2019	61
Gráfico n.º 10 – Prevalência DM2 em > 35 anos, total e por sexo em Villafranco del Guadiana em 2019	63
Gráfico n.º 11 – Prevalência por grupos etários de 35 a 64 anos e >65 anos em Villafranco del Guadiana em 2019	64
Gráfico n.º 12 – Percentagens de prevalência DM2 em > 35 anos por grupo etário e sexo	

em Villafranco del Guadiana em 2019 64

Gráfico n.º 13 – Percentagens de IMC de DM2 > 35 anos de idade em Villafranco del Guadiana em 2019 65

Gráfico n.º 14 – Percentagem DM2 > 35 anos de acordo com estudos académicos em Villafranco del Guadiana em 2019 66

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1: Evolução da população total e por sexo em Villafranco del Guadiana de 2000 a 2019	58
Quadro n.º 2: Estratégia n.º 1 - Formação de Profissionais	78-79
Quadro n.º 3: Estratégia n.º 2 - Atividades com doentes com DM2	80
Quadro n.º 4: Valores e Risco Teste FINDRISC	81
Quadro n.º 5: Estratégia n.º 3 - Atividades de rastreio DM2	81-82
Quadro n.º 6: Estratégia n.º 4 - Educação para a saúde à oblação em geral	82-83
Quadro n.º 7: Custos do Projeto	83
Quadro n.º 7: Análise FOFA /DAFO/SWOT	86

INTRODUÇÃO

Este trabalho académico inclui-se na Unidades Curricular (UC) Estágio Final e Relatório integrada no 3.º semestre da 3.ª edição do Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem e Saúde Pública (ECSP) em Associação da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus -, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde -, Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde -, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde -, e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias -, realizada no IPP Portalegre, no ano letivo de 2018 - 2020.

Este trabalho final insere-se na área da especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (ECSP), com o objetivo final de obter o título de especialista e o grau de mestre em enfermagem depois de ter aprovado as restantes unidades curriculares incluídas no plano do estudo.

Como enfermeira especialista neste trabalho, é necessário documentar a aquisição dos conhecimentos, aptidões e competências necessárias para atingir o grau de mestre e título de especialista. As competências são o conjunto, identificável e avaliável do conhecimento, atitudes, valores, aptidões e habilidades, relacionados entre si, que permitirão o exercício da atividade profissional de acordo com os requisitos e normas utilizados na área da enfermagem comunitária. Por conseguinte, este trabalho deve refletir a obtenção dessa aprendizagem: posse, compreensão e aplicação de conhecimentos para a implementação de um projeto de intervenção comunitária que desenvolva as suas fases; capacidade de fazer julgamentos que incluam reflexão científica e análise crítica; capacidade de comunicar e transmitir a um público especializado e não especializado; adquirir capacidade de aprendizagem para a realização de novos estudos; demonstrar capacidade de resolução de problemas; demonstrar a capacidade de pensar e agir de acordo com princípios de natureza universal e ética; demonstrar capacidade de aprender a trabalhar de forma autónoma e em equipa; respeitando os direitos fundamentais e iguais, os Direitos Humanos; adquirir e desenvolver competências na enfermagem de saúde pública e comunitária.

Relembro que me foi concedida creditação de competências no Estágio I, pelo currículo e pela formação contínua desenvolvidos no meu percurso profissional em Cuidados de Saúde Primários.

Este Estágio Final (16 de Setembro de 2019 a 31 de Janeiro de 2020), foi efetuado no C.S. de Suerte de Saavedra, em Badajoz, numa UBA, sob a orientação clínica do Enfermeiro Especialista D. Samuel Bobadilla e sob a direção pedagógica da Professora Doutora Filomena Martins.

Uma UBA presta atenção à comunidade, à família e ao indivíduo; tanto no centro de saúde como no domicílio, e agendada e sob demanda e urgente; com uma visão holística dos cuidados do paciente:

Artigo 5º. Funções das Equipas de Cuidados Primários.

1. a) Prestar cuidados de saúde, tanto a nível ambulatorio, domiciliário e de emergência, à população ligada às Equipas em coordenação com o nível seguinte de cuidados.
- b) Realizar atividades destinadas à promoção da saúde, à prevenção da doença e à reintegração social.
- c) Contribuir para a educação para a saúde da população.
- d) Fazer o diagnóstico de saúde da Zona.
- e) Avaliar as atividades realizadas e os resultados obtidos.
- f) Realizar atividades, formação pré-graduada e pós-graduada de cuidados de saúde, bem como realizar os estudos clínicos e epidemiológicos que são determinados. (Real Decreto 137/1984, sobre estruturas básicas de salud, 1999, p. 5)

Para trabalhar na Saúde Comunitária a primeira coisa que precisamos fazer é um estudo de aproximação para conhecer a situação sanitária da comunidade, onde a Equipa de Cuidados Primários desenvolve o trabalho:

“O cuidado primário constitui o primeiro nível de acesso regular da população ao sistema de saúde e caracterizam-se pela prestação de cuidados de saúde abrangentes, através do trabalho dos profissionais da equipa de cuidados primários que exercem atividade na área da saúde correspondente” (Ley 10/2001, de Salud de Extremadura, 2001, art.48, p.24)

Neste momento não questionámos, estudar a população onde trabalho atualmente ou a população do estágio, decidimos fazê-lo a partir do local onde atualmente trabalho, uma vez que nesta população nunca houve um Diagnóstico de Situação, e é um desafio maior e o início para poder fazer um Diagnóstico Comunitário de Saúde desta Zona de Saúde e, assim, priorizar as linhas de intervenção necessárias para tentar melhorar a saúde da comunidade.

Analisando as razões da consulta da população rural de Villafranco del Guadiana, a maioria das exigências e consultas programadas são direcionadas para doenças crónicas e nestes, grande parte da consulta é dedicada ao cuidado de doentes com diabetes, pelo que decidimos fazer um diagnóstico da situação da diabetes e assim realizar este trabalho sobre diabetes tipo 2. Um grave problema de saúde a nível global, nacional, comunitário e local, que cria a necessidade de agir educando a população em mudança de hábitos no comportamento e na vida do paciente para controlar a sua doença e melhorar a sua qualidade de vida, evitando ou pelo menos tentando colocar as complicações decorrentes desta doença; e como não prevenir novos casos de diabetes com o estabelecimento de estilos de vida saudáveis e deteção e tratamento de fatores de risco modificados e de doenças cardiovasculares em pessoas com pré-diabetes e na população em geral. Sendo uma das competências específicas da enfermeira especialista:

"3. - Integra a coordenação dos Programas da Saúde de' âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde... Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para obtenção de ganhos em saúde". (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19356)

A OMS (OMS Diabetes , 2020) dá-nos razões para a valorização do problema dado o aumento do número de pessoas com diabetes de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014, atingindo 463 milhões de pessoas com diabetes em 2019, de acordo com IDF (IDF Diabetes Atlas, 9th Edition, 2019); também a gestão dos dados nacionais de acordo com o Estudo Di@bet.es (Soriguer, et al., 2011) nos mostram que, todos os anos, Espanha apresenta 386.003 novos casos de doentes com mais de 18 anos com diabetes.

“A diabetes mellitus é uma doença metabólica crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não usa eficazmente a insulina que produz”. (OMS Diabetes, 2020)

Caracteriza-se por níveis elevados de glicose no sangue; uma falha na produção de insulina, a ação da insulina, ou ambos resultando num aumento dos níveis de glicose no sangue, hiperglicemia, que, se não for devidamente controlada, a longo prazo pode causar alterações em vários órgãos principalmente rins, coração, nervos, vasos sanguíneos e olhos. (ADA, 2020)

A sua classificação continua a ser tradicional, sendo capaz de diferenciar quatro grandes grupos, Diabetes Tipo 1, Diabetes Tipo 2, Diabetes Gestacional e tipos não específicos de diabetes mellitus devido a outras causas. (ADA, 2020) (redGDPS, 2018). Embora haja uma proposta de nova classificação, publicada na Lancet 2018, mas ainda não reconhecida (Ahlqvist, y otros, 2018).

Para confirmar o diagnóstico da diabetes, alguns dos seguintes critérios devem ser cumpridos, presença de HbA1c a 6,5%, jejum de glicose basal no sangue a 126 mg/dl ou glicose no sangue a duas horas do teste de tolerância à glicose oral com 75 gramas de glicose a 200 mg/dl. Ou sinais inequívocos de diabetes tipo 2, nesse caso, glicose no sangue aleatório a 200 mg/dl seria considerado suficiente para estabelecer o diagnóstico da doença. (Fundación redGDPS, 2018)

Existem 4,63 milhões de pessoas no mundo, com prevalência da doença entre os 20 e os 79 anos de **9,3%**, aumentando nos homens (**9,5%**) face às mulheres (**8,7%7%**); observando diferenças na área de residência, atingindo **10,88%** nas zonas urbanas, situando-se nos **7,2%** nas zonas rurais. (IDF Diabetes Atlas, 9th Edition, 2019)

Estes são dados certamente alarmantes, mas as previsões são ainda piores, e segundo a (OMS Diabetes, 2020), estima-se que até 2030 os casos de diabetes dupliquem e esta será a sétima principal causa de morte no mundo. Os pacientes com diabetes tipo 2 têm um risco 15% maior de mortalidade por todas as causas, duplicando esta probabilidade em jovens diabéticos.

Entre 85% e 95% dos casos de diabetes em todo o mundo, são diabetes tipo 2, (Alianza X La Diabetes, s.f.) revelando a evidência científica de que este aumento no número de casos de diabetes tipo 2 está principalmente relacionado com os estilos de vida das pessoas (fatores modificáveis) e principalmente relacionados com o excesso de peso, com um novo termo, o termo "diabesidade" (Zimmet, 2001), 85% das pessoas com diabetes tipo 2 são, o excesso de peso, o século XXI epidemia pode ser considerado. (Fuster & Ibañez, 2008)

Relatórios Globais da Organização Mundial de Saúde [OMS] Estratégia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004 e as últimas atualizações para da ADA, (ADA, 2020), endossam, que a diabetes tipo 1 não é evitável como é a diabetes tipo 2, e diabetes na qual

podemos agir de forma a prevenir e/ou retardá-la através de programas de educação para a saúde e programas de prevenção e promoção da saúde, que no caso da diabetes (e na maioria das doenças não transmissíveis) vai ser basicamente destinado a conseguir uma mudança nos estilos de vida. Da mesma forma, neste momento, as evidências mostraram que mudanças sustentadas de estilo de vida na dieta e na prática de redução de peso da atividade física para normopeso, podem reduzir o risco de desenvolver diabetes tipo 2 como la OMS.

Por isso, entendemos que a atenção às pessoas com diabetes e com obesidade e estilos de vida sedentários é essencial e as intervenções devem ser focadas numa mudança de hábitos alimentares e no padrão de exercício da população. Liderando o especialista em enfermagem as estratégias fornecidas para responder e alterar esta situação, contando com estratégias do SNS (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2012) com a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção primária, melhorando a co morbidade da população; que podem estar ligados aos objetivos do Plano Nacional de Saúde de Portugal:

"a. Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos) // b. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos" (Plano Nacional de Saúde, 2020, p.10)

Com tudo isto, durante as práticas de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, realizámos um estudo sobre a prevalência da diabetes tipo 2 na população com mais de 35 anos em Villafranco del Guadiana e, assim, conhecemos a população com diabetes e, a partir daqui, concebemos um projeto de intervenção comunitária, de acordo com as fases de planeamento em saúde, focando-se na melhoria da progressão da doença e dos padrões alimentares e de exercício físico, com o objetivo de reduzir a incidência de diabetes tipo 2 em mais de 35 anos na população de Villafranco del Guadiana em 5% até 2022.

Considerámos como apoios teóricos o Modelo os Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead, (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2010) que explica como as desigualdades sociais na saúde são o resultado de interações entre diferentes níveis de condições causais, do indivíduo às comunidades e ao nível das políticas nacionais de saúde e do Modelo de Promoção da Saúde Nola Pender (Pender, 2011). Esta teoria identifica fatores cognitivo-preceptivos no indivíduo que são modificados por características situacionais, pessoais e

interpessoais, o que resulta na participação em comportamentos promotores da saúde, quando há um padrão de ação. Por outro lado considerámos também a Teoria Geral da Enfermagem de Dorothea Orem que preconiza que "o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a satisfazer as exigências de autocuidado terapêutico ou a satisfazer as exigências terapêuticas de autocuidado dos outros". (Alligood, 2018)

Neste estudo queremos obter o conhecimento do estado de saúde da população de Villafranco del Guadiana, pertencente à Zona de Saúde da Talavera La Real, bem como os determinantes sociais da saúde nesta população, para ter no final do processo um instrumento que favoreça a abordagem dos diferentes problemas e necessidades detetadas, através de programas comunitários de saúde e ações intersectoriais de uma perspectiva de equidade em saúde.

Procurando a diminuição dos números de incidência de DM tipo 2 (mas para alcançá-la exigirá também a redução do IMC e do sedentarismo na população) nesta população, foram definidas estratégias com diversas atividades individuais e coletivas. Estas estratégias organizam-se em categorias, por um lado, atividades com doentes que já diagnosticaram diabetes tipo 2, para melhorar os seus controlos e saúde; Por outro lado, atividades que visam acompanhar os doentes que são diabéticos e que ainda não o conhecem através de um diagnóstico precoce; e, por fim, atividades de prevenção e promoção da saúde com a incorporação de hábitos saudáveis de alimentação e exercício físico na comunidade.

Para a concretização deste projeto de intervenção, seguiram-se as fases do planeamento em saúde. Este Relatório descreve na sua introdução os terríveis dados que existem em todo o mundo da diabetes e sua relação com a obesidade e os maus hábitos alimentares e estilos de vida sedentários; mas com a possibilidade de provocar uma mudança nestes dados se agirmos na prevenção e promoção de bons hábitos. Após esta introdução temos um primeiro capítulo, Enquadramento Teórico, do qual fazem parte os seguintes subcapítulos: Diabetes: dados, conceitos, dx e classificação; e Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Diabetes. O segundo capítulo é o Enquadramento Prático, que é dividido nos seguintes subcapítulos, seguindo como dissemos a metodologia de planeamento em saúde: Diagnóstico de Saúde (Caracterizando as localidades de Talavera La Real e Villafranco del Guadiana; e a ZB de

Talavera e o Consultório de Villafranco del Guadiana; Clarificar as permissões solicitadas para preparar este trabalho: questões éticas; Caracterizar a população com a qual trabalharemos: População Alvo; Explicar os instrumentos, técnicas e procedimentos utilizados; Analisar os dados; e Determinar as Necessidades de Saúde da população estudada); Determinação de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção de Estratégias; Preparação Operacional; e Planeamento de Monitorização e Avaliação do projeto. O terceiro capítulo intitula-se Aquisição e Desenvolvimento de Competências: Reflexão Crítica, que engloba três subcapítulos: Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas; Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Comunitária e de Saúde Pública; e Competências do Grau de Mestre; onde abordaremos e plasmaremos a implementação das competências adquiridas na realização do Estágio. O último capítulo deste trabalho académico são as Conclusões onde refletimos e discutimos a concretização dos nossos objetivos, conhecendo as limitações e dificuldades na mudança de hábitos de vida, mas que, com as estratégias e intervenções certas, pode ser alcançado. Este trabalho é o início de um projeto de intervenção comunitária, com o grande objetivo de poder expandi-lo não só no Consultório de Villafranco, mas alargá-lo a toda a Zona Básica de Saúde de Talavera La Real.

Este trabalho académico segue as orientações da Norma APA, 6ª edição para a elaboração do documento.

1.- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.- DIABETES

Um breve historial de diabetes

Descoberto perto das ruínas de Luxor em 1873 por George Ebers, o papiro de Ebers, escrito pelo médico e padre Imhotep em 1553 a.C., é a primeira referência escrita à diabetes. Ele colecionava tudo o que se pensava saber sobre medicina até à data. Conta que as pessoas que estão doentes com perda de peso, estão constantemente com fome, urinam repetidamente ao longo do dia e são atormentadas por um terrível sede. Uma dieta baseada em gordura de vaca, cerveja, folhas de hortelã e sangue de hipopótamo foi aconselhada para o tratamento destes pacientes.

Cinco séculos depois, outra referência é encontrada na Índia no livro Ayur Veda Susruta que descreve uma doença típica de pessoas ricas e obesas que comem muito arroz e doces. Esta doença consistia de uma doce urina que atraiu as formigas e tinha um sabor a mel. Assim, chamaram à diabetes uma doença dos ricos, diferenciando entre a diabetes que ocorreu entre os jovens e que levou à morte e a diabetes em pessoas obesas. Susruta também relata que esta doença pode igualmente afetar vários membros da mesma família. Na altura, os médicos chineses também tinham observado que a urina de certos pacientes era tão doce que atraía moscas e formigas; e que estes pacientes morreram após alguns anos.

Etimologicamente a palavra diabetes deriva do latim clássico e grego que significa "despesa do açúcar" e com ela os médicos do século I d.C. quiseram descrever a doença que se manifestou por estas descobertas essenciais, grande volume de urina de sabor doce (poliúria), sede intensa (polidipsia) e perda de peso apesar de um maior apetite (polifagia).

Durante os anos do Império Romano, Celsus e Galeno destacam-se. O primeiro deu uma descrição detalhada da doença e foi pioneiro no conselho do exercício físico.

Durante a Idade Média, Avicenas e Feliche destacam-se. Avicenas que evaporou a urina dos doentes e opôs-se a deixar vestígios semelhantes ao mel. Além disso, detalhou algumas das complicações da diabetes e deixou-as refletidas no seu Cânone da Ciência Médica; que seria estudado durante séculos na Ásia e na Europa. No século XIII Feliche descobriu que o pâncreas é uma víscera.

Cem anos depois, Thomas Cawley relatou a descoberta de Feliche à diabetes, observando durante uma autópsia que o pâncreas de um paciente com diabetes era atrofiado e tinha múltiplas pedras implantadas.

No século XIX, Paul Langerhans descobriu no pâncreas um monte de ilhéus dispersos com uma estrutura anatomopatológica diferente das células que produzem ácidos digestivos. Mas só em 1889 é que Joseph Von Mering e Oscar Minkowsky se relacionam com a remoção do pâncreas a um macaco, os ilhéus de Langerhans com diabetes. Concentraram a sua investigação na substância produzida nestes ilhéus, que consideram indispensável para a regulação dos açúcares. Chamavam-lhe Ilhatina ou Insulina.

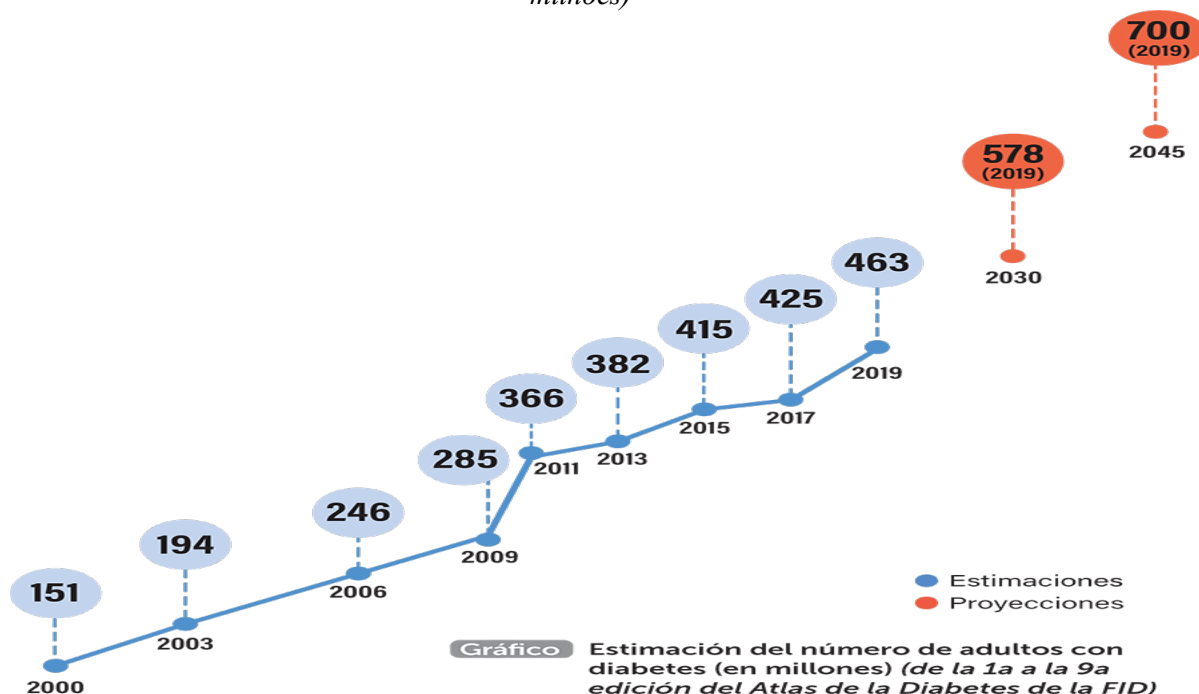
Frederick Banting e Charles Best tiveram a grande ideia de ligar o canal excretor pancreático de um macaco, causando as vísceras à autodigestão; e após o aperto, obtiveram um líquido resultante (insulina). Este fluido foi injetado num cão sem pâncreas, chamado Marjorie, tendo-se conseguido reduzir a hiperglicemia em duas horas. Ambos ganharam o Prémio Nobel da Medicina em 1923. Em 11 de janeiro de 1922, Leonard Thompson recebeu a primeira dose de insulina. Atualmente, toda a insulina no mercado é sintetizada por técnicas de engenharia genética.

1.1.1.- Dados e números

A nível mundial, como la IDF nos revela no atlas 2019, os casos de diabetes têm aumentado de 108 milhões em 1980, estimando-se que 151 milhões de adultos com diabetes em 2000. Há uma década, em 2010, a projeção global de casos de diabetes para 2025 era de 438 milhões, mais, cinco anos antes dessa data, essa previsão já foi ultrapassada em 25 milhões. Atingindo 463 milhões de pessoas com diabetes em 2019 (1 em cada 11 adultos, com idades entre os 20 e os 79 anos, têm diabetes). Por faixa etária, dos 352 milhões diagnosticados com diabetes,

72,0% estão em ativa (entre 20 e 64 anos), com o conseqüente impacto na produtividade e desenvolvimento económico; um em cada cinco adultos com mais de 65 anos tem diabetes, 111 milhões correspondendo a 27,8% do total. O IDF estima que 578 milhões de adultos viverão com diabetes até 2030, e o número chegará aos 700 milhões até 2045. (Figura 1)

Figura n.º 1 – Evolução do número de adultos com diabetes em todo o mundo de 2010 a 2019 (em milhões)



Fonte: Atlas IDF 20191

Conseqüentemente, a **prevalência** global da diabetes duplicou desde 1980, em adultos (entre 20 e 79 anos) passou de 4,7% em 1980 para **9,3% em 2019** - 8,7% nas mulheres e 9,5% nos homens. A prevalência crescente da diabetes a nível global é impulsionada por uma interação complexa de fatores socioeconómicos, demográficos, ambientais e genéticos. O aumento contínuo deve-se principalmente ao aumento significativo da diabetes tipo 2 e dos seus fatores de risco associados, incluindo o aumento dos níveis de obesidade e excesso de peso, dietas pouco saudáveis e inatividade física generalizada. Além disso, os casos de diabetes tipo 1 na infância também aumentam. (IDF, 2019)

Em termos de mortes em 2015, 1,6 milhões de pessoas morreram em resultado direto da diabetes. A OMS estima, com base nas diferenças relativas no risco de morte entre pessoas com diabetes (a certidão de óbito para a diabetes como a principal causa ou como condição que contribui para a morte) e as que não o fazem, são todos os anos 3,2 milhões de mortes atribuídas à diabetes. E tendo em conta estes dados, este montante deverá aumentar para mais do dobro, a diabetes será a sétima causa de morte até 2030, de acordo com as projeções da OMS (2020).

A OMS, quanto à faixa etária máxima, afirma que pelo menos uma em cada dez mortes em adultos entre os 35 e os 64 anos, é atribuída à diabetes e a mortalidade em pessoas com menos de 35 anos com diabetes são devidos a esta condição (2020).

No que diz respeito à morbilidade, as consequências comuns da diabetes, avançando estas ao longo do tempo, podem danificar o coração, os vasos sanguíneos, os olhos, os rins e os nervos, resultando em adultos com diabetes com risco de 2 a 3 vezes maior risco de enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral; a neuropatia dos pés combinada com a redução do fluxo sanguíneo aumenta o risco de úlceras e infeções dos pés e, em última análise, amputação dos membros inferiores; a retinopatia diabética é uma das principais causas de cegueira e é consequência de danos nos pequenos vasos sanguíneos da retina que se acumulam ao longo do tempo, tendo 2,6% dos casos de cegueira no mundo como resultado da diabetes; e a diabetes é uma das principais causas da insuficiência renal.

Tendo em conta estes dados, a diabetes é um dos maiores desafios para a saúde do século que mais se acentua no mundo: uma vez que o número de doentes com diabetes triplicou, encurtando a vida e a morbilidade anos, a situação de saúde e de qualidade de vida destes doentes agravou-se ano após ano; não diagnosticando todos os doentes com diabetes, as estatísticas mostram que 1 em cada 2 adultos com diabetes não é diagnosticado (232 milhões de pessoas); e com um alto custo de cuidados de saúde para estes pacientes, 10% do gasto global em saúde é dedicado à diabetes (IDF, 2019).

E onde podemos colocar a ênfase e agir de forma mais eficaz é na prevenção da diabetes tipo 2, estatisticamente 85-90% dos casos, não só devemos controlar a glicose no sangue com

antidiabéticos não-insulina (ADNI) (GLP1 ainda não são orais, é por isso que já não são antidiabéticos orais) e/ou insulina, mas o mais importante é agir em estilos de vida; já sabemos que a obesidade é uma das epidemias do século XXI nos países em desenvolvimento e desenvolvidos; que a inatividade física prejudica gravemente a saúde em geral e, em particular, agrava e avança complicações causadas por elevados níveis de glicose no sangue; que o tabaco aumenta o risco cardiovascular e agrava as complicações. Sobre estes fatores, temos de destacar como Enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública: em hábitos saudáveis; evitar o excesso de peso, a obesidade, os estilos de vida sedentários e reduzir os hábitos tóxicos de tabaco e álcool; tentar mudar ou melhorar hábitos de estilo de vida, para estilos de vida saudáveis. 80% da diabetes tipo 2 é evitável através da adoção de estilos de vida saudáveis.

A prevalência da diabetes, de acordo com a IDF, aumentou mais rapidamente nos países de baixo e médio rendimento do que nos países de elevado rendimento, como seu maior impacto nos adultos produtivos nestes países em desenvolvimento, mais frequentemente afetados por pessoas entre os 35 e os 65 anos de idade; 3 em 4 pessoas com diabetes (79%) vive em países de baixo e médio rendimento, enquanto nos países desenvolvidos a maioria das pessoas com diabetes está acima da idade da reforma. Uma de cada pessoa com diabetes tem mais de 65 anos (136 milhões de pessoas). (2019) (Figura 2)

Urbanização progressiva e mudança de estilos de vida (por exemplo, maior ingestão de calorias, aumento do consumo de alimentos processados, estilos de vida sedentários) são fatores que contribuem para o aumento da prevalência da diabetes tipo 2 a nível da sociedade. Enquanto a prevalência de diabetes nas **zonas urbanas é de 10,8%**, nas **zonas rurais é menor (7,2%)**. No entanto, o fosso está a fechar-se devido ao aumento da prevalência nas zonas rurais. Duas em cada três pessoas com diabetes vivem hoje em zonas urbanas (310,3 milhões).

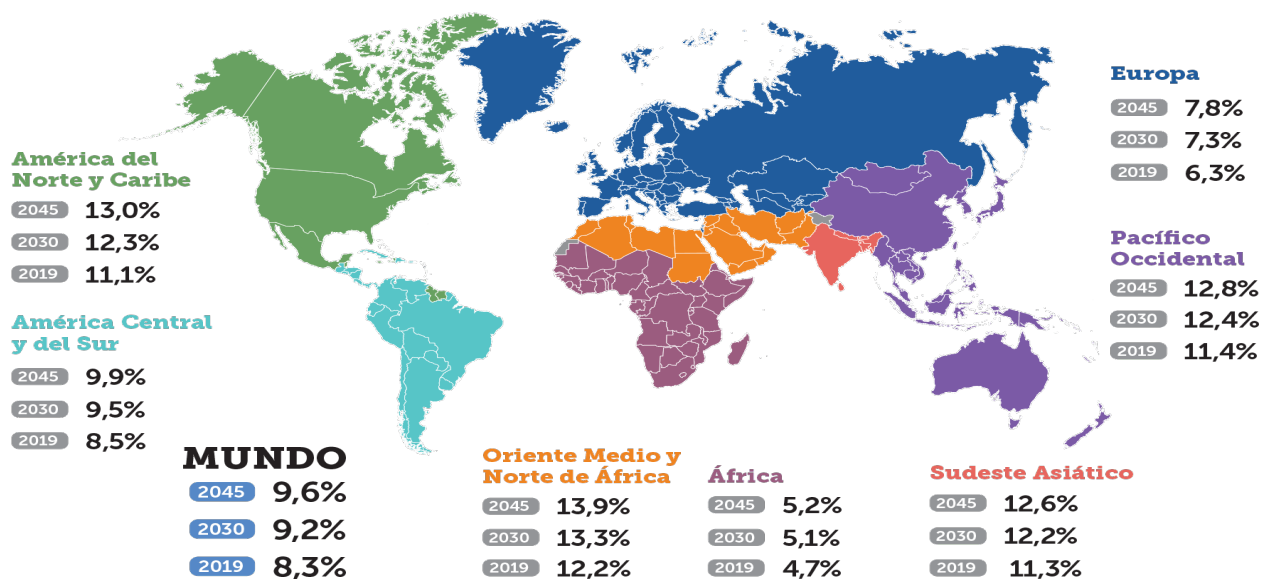
O aumento global da diabetes deve-se ao envelhecimento e ao crescimento populacional, além da tendência no aumento da obesidade, dietas pouco saudáveis e estilos de vida sedentários.

Olhando para o mapa mundial da prevalência da diabetes, constatamos que o Médio Oriente e o Norte de África, de acordo com o IDF, têm a maior prevalência em adultos ajustados à idade

em 2019 e em previsões futuras. Ao contrário de África, onde tem hoje a prevalência mais baixa hoje e nos próximos anos; dados que podem ser atribuídos a baixos níveis de urbanização, desnutrição e baixos níveis de excesso de peso e obesidade, no entanto, prevê-se que o número de pessoas com diabetes na região aumente um 14% até 2045 (o maior aumento em todas as regiões durante esse período). (2019)

90% das mortes prematuras relacionadas com diabetes e 87% de todas as mortes relacionadas com diabetes ocorrem em países de baixo e médio rendimento. Isto pode ser atribuído a taxas de diagnóstico mais baixas e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, em comparação com os países de elevado rendimento. (IDF, 2019)

Figura n.º 2 – Prevalência mundial da diabetes em adultos (20-79) estimada em 2030 e 2045 por IFD 2019

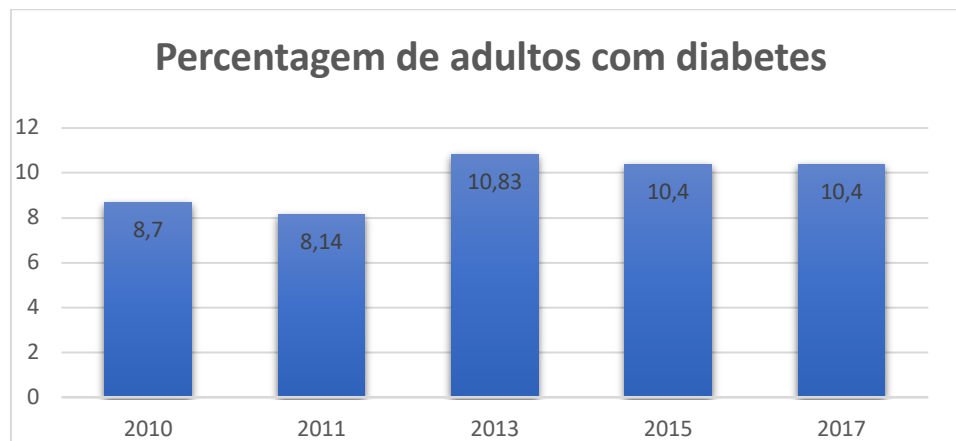


Fonte: <https://diabetesatlas.org/en/resources/>

Em **Espanha**, segundo a OMS, a prevalência da diabetes é de 9,6%: 10,6% nos homens e 8,2% nas mulheres, em mais de 18 anos. Em Espanha temos um grande estudo de prevalência e incidência de diabetes e os resultados do estudo di@bet.es (Soriguer, et al., 2011) colocar a **prevalência** total da diabetes tipo 2 em **13,8%**, (mais de 5,3 milhões de pessoas), uma percentagem ligeiramente superior à dos estudos anteriores em Espanha, "um problema grave" está a aumentar.

Este estudo determinou a prevalência da diabetes numa amostra representativa da população adulta espanhola, cobrindo todo o território espanhol, a mostra foi selecionada aleatoriamente do Sistema Nacional de Saúde, a partir de 110 Centros de Cuidados Primários. (Gráfico 1)

Gráfico n.º 1 – Percentagem de adultos com diabetes em Espanha de 2010 a 2017



Fonte: Própria, com dados da OMS e IDF

O estudo di@bet.es estuda ainda as diferenças no número de pessoas afetadas pela idade e sexo: entre os 61 e 75, 29,8% das mulheres e 42,4% dos homens têm diabetes tipo 2, percentagens que ascendem a 41,3% das mulheres e 37,4% dos homens com mais de 75 anos; aumento nos homens com 55 anos e nas mulheres com 75 e mais de 75 anos. (Soriguer, et al., 2011)

Há também diferenças na classe social, as mais pobres têm uma probabilidade duas vezes maior (9,4%) do que os da classe mais alta (4,3%), situação mais evidenciada nas mulheres do que nos homens em todas as idades.

O mesmo estudo refere que a maioria das pessoas com diabetes tipo 2 faz pouco controle no que se refere aos programas de saúde e não altera os seus hábitos, em uma proporção diferente das pessoas não diabéticas. Ou seja, sem controlo ou sem senso comum, podemos enfrentar um dos principais problemas de saúde do futuro.

Por outro lado, não devemos ignorar que: 12,6% da população, mais de 4,8 milhões de pessoas, têm intolerância à glicose ou alterações da glicose basal, situações que são consideradas

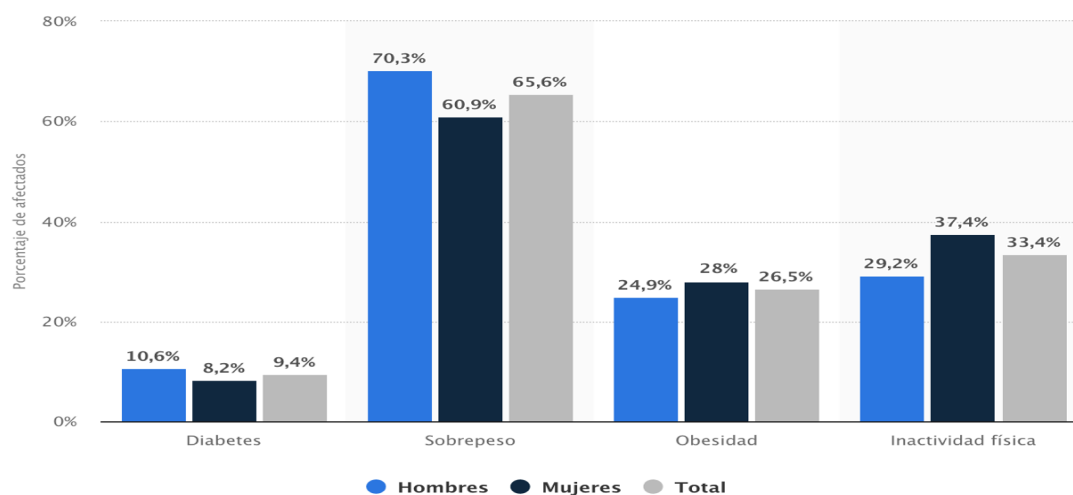
prediabéticas. Além disso, não podemos esquecer que a casos de diabetes tipo 2 (o mais comum), devemos adicionar diabetes associada à gravidez, que afeta entre 5% e 7% de todas as gravidezes.

A diabetes tipo 1 ocorre mais frequentemente em crianças e jovens adultos. Representa 13% dos casos de diabetes em Espanha, 29.000 crianças menores de 15 anos, com uma média de 1.100 novos casos por ano. (IDF Diabetes Atlas, 9th Edition, 2019)

Por outro lado, a diabetes tipo 2 afeta principalmente maiores de 18 anos. Estamos a falar de mais de 5 milhões de pessoas, 43% das quais não diagnosticadas (mais de 2 milhões de pessoas). É muito importante destacar a grande proporção de pessoas que não sabem que têm diabetes porque o atraso na sua descoberta implica que quando a doença é diagnosticada 50% tem alguma complicação. Isto é grave se tivermos em conta que o tratamento das complicações é tanto mais eficaz quanto mais precoce e que a diabetes afeta órgãos tão importantes como os rins, a visão, o coração ou o sistema nervoso. (Soriguer, et al., 2011)

Em grande parte, o aumento de pessoas com diabetes está diretamente relacionado com o crescimento das taxas de obesidade: na população adulta, 1 em cada 6 espanhóis é obeso e 1 em cada 2 têm excesso de peso. Para as crianças, 26% dos rapazes e 24% das raparigas têm excesso de peso. (Gráfico 2).

Gráfico n.º 2 – Prevalência da diabetes e fatores de risco conexos em Espanha em 2016 por sexo

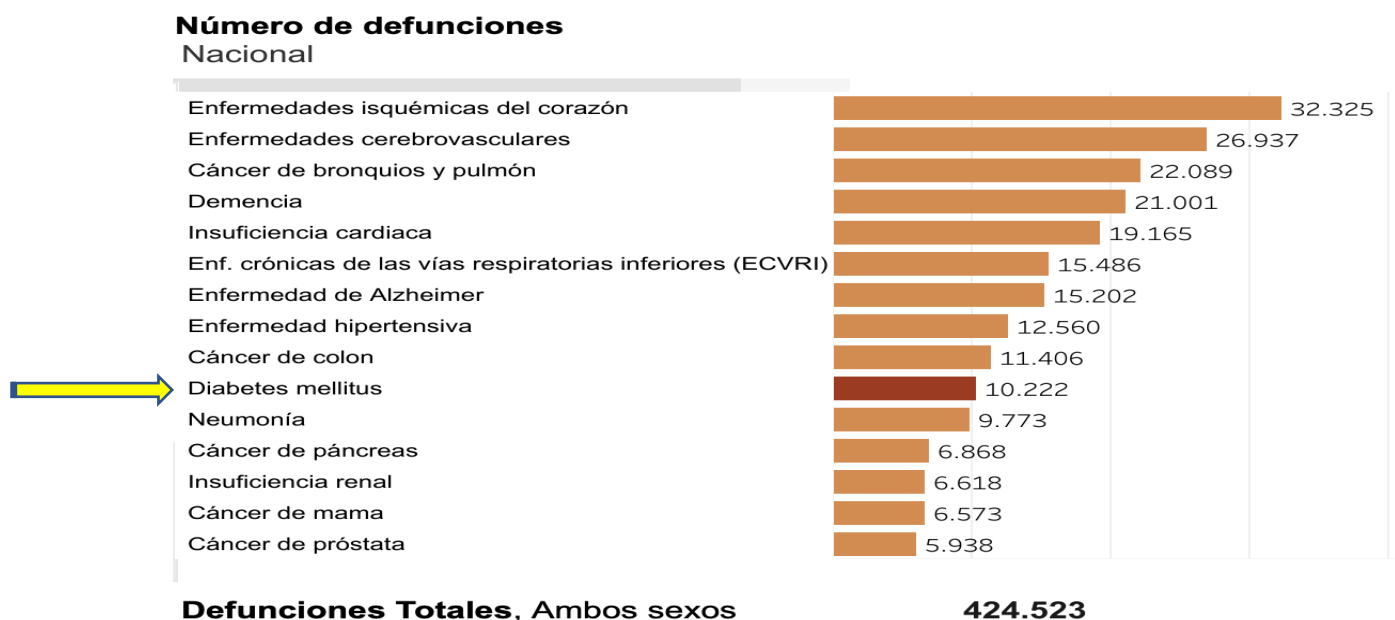


Fonte: <https://es.statista.com/estadisticas/550772/prevalencia-de-la-diabetes-y-de-los-factores-de-riesgo-conexos-en-espana/> (Key, y otros, 2016)

Em relação aos custos anuais em Espanha, são muito elevados, ultrapassando os 17.630 milhões de euros indiretos, dos quais 8,4 mil milhões para absentismo, 9.484 milhões para reformas antecipadas e 101 milhões para despesas sociais. As despesas diretas ascendem a 5.447 milhões de euros, dos quais 1.708 milhões de euros são em tratamentos e internamentos para doentes pacientes.

Em termos de mortalidade, o número de mortes por diabetes está entre as dez principais causas de morte em Espanha, números que variam pouco nos últimos anos. (Gráfico 3).

Gráfico n.º 3 – Mortes em Espanha com dados do INE 2018

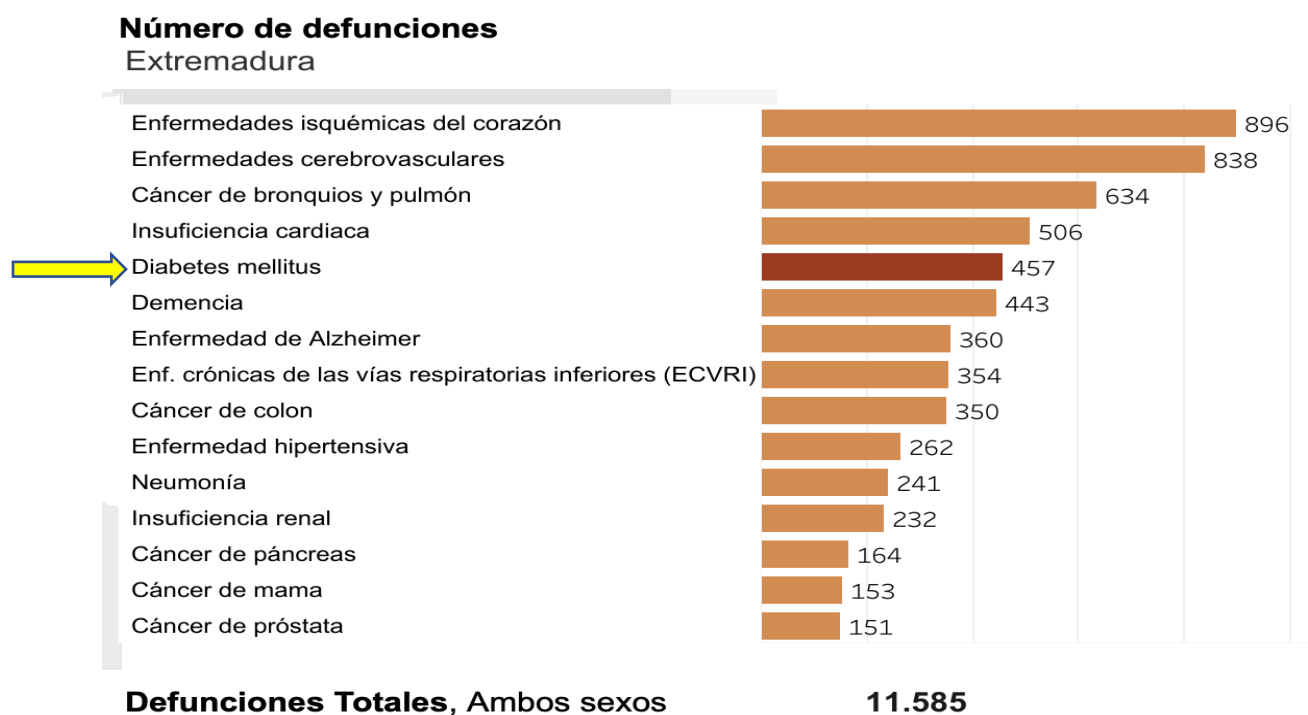


Fonte: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf

A **Extremadura** não se diferencia em termos do aumento desta doença, confirmando uma prevalência significativa de diabetes e uma tendência para o aumento nos últimos anos, o Estudo Hermex (2011) diz-nos que a **prevalência** da diabetes é de **12,7%** na população entre os 25 e os 79 anos, quebrar esse número corresponde a 9,6% com diabetes diagnosticada e 3,2% com diabetes desconhecida; não encontra diferenças significativas em termos de sexo, 9,8% nas mulheres e 9,7% nos homens (pp. 426-434). Analisando os últimos anos, vemos um aumento muito significativo na

percentagem de diabetes diagnosticada na Extremadura que aumentou de 5,9% em 2003, para 9,38% hoje. Dados a ter em conta neste aumento de extremenhos com diabetes, é o aumento do excesso de peso e obesidade na comunidade autónoma da Extremadura, segundo o INE 61,81% da população adulta da Extremadura sofre excesso de peso. Em termos de mortalidade, a diabetes vai da décima causa de morte a nível nacional para a quinta, o que nos apresenta uma abordagem intensa nas medidas de prevenção da doença. (Gráfico 4)

Gráfico n.º 4 – Mortes de acordo com doenças na Extremadura em 2018



Fonte: INE, https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf

1.1.2.- Conceito, diagnóstico e classificação

Conceito de diabetes

A diabetes é a doença que é causada pela disfunção do pâncreas na sua ação endócrina, não criando ou produzindo insulina suficiente para o funcionamento normal do metabolismo glicémico. A insulina é uma hormona que recolhe glicose e a armazena no fígado, músculos e tecido adiposo. Para entrar nas células, a glicose precisa de insulina que é produzida no pâncreas ao comer

alimentos que contenham hidratos de carbono. No entanto, para que a insulina seja eficaz, devem ser satisfeitas duas condições: que o pâncreas produza insulina em quantidade suficiente; que as células são capazes de detetar insulina e responder permitindo a sua ação. Além da insulina, o pâncreas produz outra hormona chamada glucagon, que exerce o efeito oposto. O glucagon é fabricado em situações de jejum e tem como missão mobilizar a glicose armazenadas pela insulina para que as células possam usá-las quando precisem.

Podemos dizer que a diabetes é uma doença que ocorre com uma elevação da glicose no sangue, mas que na realidade a sua transcendência reside no facto de que a pessoa que sofre dela é ser mais suscetível de desenvolver complicações. Estas complicações aumentarão a morbidade deste paciente e agravarão a sua qualidade de vida.

A diabetes é, portanto, uma doença metabólica crónica e complexa que afeta o estado glicémico dos doentes que dele sofrem. Longe está a ideia simplista e glucocéntrica do mero ambiente endócrino em torno desta doença. Longe vão os doentes "bem controlados" ou "mal controlados" que seguem exclusivamente a dicotomia da hemoglobina glicosilada (HbA1c). São as complicações que fazem com que esta doença seja vista como "um todo", uma doença global que afeta todas as esferas do paciente. Afeta o seu estado físico, mental e psicossocial. Além disso, são as complicações nos diferentes órgãos, que marcarão o curso da doença. Pode afetar os olhos, causando uma diminuição progressiva da visão; rins, causando uma perda da função renal; sistema nervoso com perturbações de sensibilidade; digestivo, urinário, sexual, amputações...

Quer a produção de insulina seja insuficiente ou resista à sua ação, a glicose acumulada no sangue danifica progressivamente os vasos sanguíneos e acelera o processo de arteriosclerose, aumentando assim o risco de doenças cardiovasculares. O risco cardiovascular de uma pessoa com diabetes é igual ao de uma pessoa sem diabetes que já teve um enfarte agudo do miocárdio. Esta estatística é tão alarmante como metade da população mundial com diabetes desconhece que sofre dela.

Entre os sintomas clássicos da diabetes, podemos encontrar poliúria, polidipsia e polifagia, mas devemos ter em mente que nem todos os pacientes têm estes sintomas. A diabetes como doença

silenciosa geralmente funciona sem que o paciente saiba que está doente. São os doentes com diabetes tipo 1 que têm regularmente a sintomatologia acima referida dado a sua estreia ocorre abruptamente. Em contrapartida, os doentes com diabetes tipo 2 não têm consciência de que têm a doença até irem ao seu médico fazer uma análise ao sangue. Este é um dos principais problemas apresentados por esta doença; é uma doença silenciosa, que não dói e dificilmente produz sintomas.

Nos últimos anos, o conceito de pré-diabetes tem sido proposto para definir os estados em que não podemos diagnosticar um determinado paciente, mas os seus valores analíticos estão próximos dos valores-limite. É um estado de risco relativo para o paciente e devemos tratá-lo a partir de consultas com medidas de higiene dietética. Será a perda de peso através da dieta e do exercício que permite que estes pacientes se mantenham afastados do risco.

Temos de ser incisivos no controlo desta patologia, conseguindo um bom controlo nos primeiros anos para podermos minimizar os riscos que ela implica. Hoje, há 3 maneiras de reverter a diabetes. A **primeira** é a clássica e a mais estudada, cirurgia metabólica. Consegue diminuir o peso dos doentes obesos, melhorando a sua resistência à insulina e adaptando assim a sua insulina às necessidades, fazendo com que os doentes com diabetes tipo 2 entrem em remissão. A revisão sistemática de Buchwald et al. (2009) resultou em referências em 78,1% dos pacientes aos 2 anos. A segunda maneira **possível** de entrar em remissão é uma dieta rigorosa de baixas calorias acompanhada por exercício físico semanal (Wing, 2013) (Lancet, 2019). E, **finalmente**, o transplante do pâncreas, menos difundido do que o anteriores e geralmente associado ao transplante renal, mas que faz com que os pacientes abandonem a insulina.

A realidade é que hoje em dia, estes métodos para alcançar a remissão são difíceis de alcançar e temos de tratar a diabetes em todas as suas esferas e a evolução que isso implica nos doentes. Por isso, mudamos o principal objetivo do nosso trabalho, REMISSIONS: possível, mas com medidas tão rigorosas que não são viáveis para alcançar em doentes com diabetes, temos de intervir em estilos de vida em doentes sem diabetes e na pré-diabetes para a mudança.

Diagnóstico

O diagnóstico da diabetes baseia-se no conceito clínico de elevação anormal da glicose no sangue, causando um risco acrescido de complicações microvasculares e macrovasculares. O estudo pode basear-se em critérios de glicose no sangue em jejum, ou no valor da glicose no sangue a 2 horas de um teste de tolerância à glicose oral (PTGO), ou HbA1c.

A ADA (2020) propõe como critérios de diagnóstico qualquer um dos seguintes resultados analíticos e clínicos: (Figura 3)

- Glicemia em Jejum ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l). O jejum deve ser definido como nenhuma contribuição calórica nas últimas 8 horas.
- Glicemia plasmática a 2h ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) após PTGO. Deve ser realizado com uma carga de glicose equivalente a 75g de glicose anidra dissolvida em água.
- HbA1c $\geq 6,5\%$ (48mmol/l) realizado em laboratório por método certificado.
- Num paciente com sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia) com uma glicose no sangue aleatória de ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

Até 2019, os resultados analíticos precisavam de ser repetidos pelo menos duas vezes para confirmar o diagnóstico com certeza. No caso do paciente com sintomatologia clássica, a medição aleatória superior a 200mg/dl foi suficiente para o diagnóstico. No entanto, a ADA Standards of Medical Care in Diabetes 2019 propôs que já não fosse necessário repetir o resultado se encontrássemos dois critérios que foram cumpridos e conclusivos na mesma análise. Ou seja, que um paciente obteve numa análise uma glicose no sangue superior a 126mg/dl e um HbA1c superior a 6,5%, podemos dizer com certeza que tem diabetes.

É importante salientar que a presença de certas hemoglobinopatias pode dificultar a interpretação dos resultados do HbA1c. O mesmo acontece em situações associadas ao aumento da substituição do eritrócito, como a gravidez, a hemodiálise, hemorragias recentes e transfusões ou tratamento com eritropoietina, deixando a glicose no sangue de base e a glicose no sangue após o PTOG como os únicos métodos de diagnóstico.

Figura n.º 3 – Critérios de diagnóstico para a diabetes

1. Glicemia plasmática de jejum ≥ 126 mg/dl^b (7,0 mmol/L)
2. HbA1c $\geq 6,5$ %^{b,c} (48 mmol/L)
3. Glicemia plasmática às 2 horas do ensaio de sobrecarga da glicose oral^d ≥ 200 mg/dl^b (11,1 mmol/l)
4. Glicemia plasmática ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) em doentes com sintomas clássicos de hiperglicemia ou hiperglicemia^e crise de hiperglicemia

a O jejum é definido como não ingerir calorias durante um mínimo de 8 horas.

^b Um número de diagnóstico de diabetes com qualquer um destes testes

c A determinação deve ser efetuada utilizando um método certificado pelo National Glycohemoglobin Standardization Program, (NGSP) e padronizado de acordo com o ensaio de Diabetes Control and Complications Trial (DCCT).

^d Sobrecarga de glicose oral com 75 gr dissolvido em água.

^e Os sintomas clássicos do diabetes mellitus são: Poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicável

Fonte: <https://www.redgdps.org/los-standards-of-medical-care-in-diabetes-2020-ada-2020-20191230/>

A classificação

Existem diferentes tipos de diabetes em torno do estado de hiperglicemia causados por distúrbios da insulina; ou por falta de insulina, ou resistência a ela. Nesta secção, vamos estudar e

descrever os diferentes tipos de diabetes que existem de forma clássica, bem como os 5 grupos propostos como uma nova classificação, Lancet 2018.

Hoje, a classificação da diabetes baseia-se em critérios etiológicos com um modelo de classificação centrado em células pancreáticas. Esta classificação identifica as vias mediadoras da hiperglicemia que estão operacionais em cada paciente e o tratamento direto para estas disfunções.

A diabetes pode ser classificada nas seguintes categorias (American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2020, 2020):

- **Diabetes tipo 1**

O DM1 é causado pela destruição autoimune das células e causa principalmente deficiência absoluta de insulina no indivíduo que sofre dela.

Os seus sintomas incluem excreção excessiva de urina (poliúria), sede (polidipsia), fome constante (polifagia), perda de peso, distúrbios visuais e cansaço. Estes sintomas podem aparecer repentinamente.

- **Diabetes tipo 2**

O DM2 é responsável por 90-95% dos casos de diabetes em todo o mundo. É causada pela perda progressiva e relativa (não absoluta) da secreção de insulina das células e muitas vezes sobreposta a uma situação de resistência à insulina de base. Anteriormente chamado não-dependente de insulina ou início na idade adulta.

Há várias causas de DM2. A maioria dos pacientes com um IMC elevado que intrinsecamente causa alguma resistência à insulina. Os doentes sem obesidade ou excesso de peso de acordo com critérios tradicionais podem ter uma percentagem mais elevada de gordura corporal na região abdominal e, por isso, não devem excluir o seu diagnóstico.

Em DM2 de alta frequência permanece por diagnosticar durante anos porque a hiperglicemia se desenvolve gradualmente e nas fases iniciais não é geralmente alta o suficiente para causar sintomas. No entanto, mesmo sem sintomatologia clássica, estes doentes já têm um risco acrescido de complicações micro e macrovasculares.

Embora os pacientes com DM2 possam ter níveis normais ou elevados de insulina, níveis elevados de glicose no sangue podem resultar em valores de insulina ainda mais elevados se a

função celular for preservada. Portanto, estes pacientes têm uma secreção de insulina defeituosa e insuficiente para compensar a sua resistência à insulina. Esta resistência pode ser melhorada com medidas e fármacos higiénicos e dietéticos, mas raramente é normalizada.

Existem certos fatores predisponentes para o desenvolvimento de DM2, como a idade, a obesidade e a falta de atividade física, estilos de vida sedentários. Além disso, é mais comum nas mulheres que desenvolveram um DG durante a gravidez, em doentes com pressão arterial elevada ou dislipemia. É frequentemente associado a uma forte predisposição genética ou história familiar de primeiro grau, ainda mais do que DM1.

Até recentemente, este tipo de diabetes só era visto em adultos, mas hoje também se manifesta em crianças.

- **Diabetes gestacional mellitus**

A DG pode ser definida como qualquer grau de intolerância à glicose que seja detetado durante uma gravidez, independentemente da doença que ocorreu ou antes da gravidez. É frequentemente diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez por teste pré-natal; e como distinção, as mulheres que são diagnosticadas no primeiro trimestre devem ser incluídas como diabetes pré-gravidez (principalmente DM2 pré-gravidez que não tinha sido diagnosticada). As mulheres com diabetes gestacional estão em risco acrescido de complicações durante a gravidez e o parto. Além disso, eles e os seus filhos correm um risco acrescido de desenvolver diabetes tipo 2 no futuro.

O diagnóstico da DG é feito através de um teste de tolerância à glicose oral de 75g (num passo) ou 50g sem jejum e outro de 100g se der resultados positivos (dois passos). Uma vez que a DG confere ao doente um risco acrescido de desenvolver DM2 após o parto, os doentes diagnosticados com DG durante a gravidez precisam de ter rastreios rotineiros de pré-diabetes e DM2 para toda a vida.

- **Outros tipos específicos de diabetes**

Neste grupo podemos enquadrar vários tipos, tais como diabetes monogénica, diabetes relacionada com drogas, relacionada com fibrose quística, ou diabetes pós-transplante.

Novas propostas de classificação. -

Embora a classificação acima seja a mais aceite e a proposta pela ADA, há uma nova tendência para enquadrar cada diabetes em um dos próximos 5 subgrupos, uma vez que há pacientes que são difíceis de enquadrar dentro da forma clássica de classificação. Os 5 subgrupos propostos por Ahlqvist, y otros, (2018), são:

- Tipo 1. SIAD (severe autoimmune diabetes): Corresponde a DM1 e LADA. Características de jovens saudáveis com uma doença autoimune que dificulta a segregação correta da insulina
- Tipo 2. SIDD (severe insulin-deficient diabetes): É uma diabetes grave em pacientes jovens e saudáveis por deficiência de insulina, mas sem encontrar uma falha clara no sistema imunitário. Têm um risco acrescido de desenvolver retinopatia.
- Tipo 3. SIRD (severe insulin-resistant diabetes): É um tipo de diabetes grave caracterizado pela obesidade e resistência à insulina. Têm um risco acrescido de nefropatia.
- Tipo 4. MOD (mild obesity-related diabetes): Diabetes moderada relacionada com a obesidade. Corresponde a pacientes obesos que adoecem desde tenra idade.
- Tipo 5. MARD (mild aged-related diabetes): Diabetes moderada relacionada com a idade. É desenvolvido por pacientes mais velhos do que nos outros grupos.

Atualmente esta classificação é relegada, e o clássico continua a ser utilizada, mas observa a importante relação da diabetes com a obesidade, e as linhas de investigação para futuras intervenções na diabetes estão a ir nesse sentido (pp. 361-369), ser para estes a classificação futura?

1.2.- PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NO DIABETES

A enfermagem tendo evoluído ao longo dos anos e, no século XXI, prima o modelo científico, os cuidados com os enfermeiros devem basear-se em evidências sólidas universalmente aceites pelos profissionais da saúde e doentes. A prática baseada nas evidências é definida por Sacket como

"o uso consciente, explícito e sensato da melhor evidência disponível para a tomada de decisões de cuidados do paciente" (1996). Nesta evolução e atualização emerge o enfermeiro especialista como o mais competente porque a sua ação tem de ser baseada em evidências, isso não altera as funções em termos de técnica e competências, assume que quando com base na evidência a enfermagem atinge a excelência, em qualidade, e com uma avaliação positiva dos doentes em termos de profissionalismo de enfermeiro.

Neste trabalho sobre diabetes, os apoios teóricos em que nos sustentamos como enfermeira especialista em comunitária e saúde pública para desenvolver as intervenções são o modelo dos Determinantes da Saúde de Dahlgren e Whitehead (Figura 4), o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Figura 5) e a Teoria Geral da Enfermagem de Dorothea Orem.

Figura n.º 4 – Modelo de Dahlgren e Whitehead

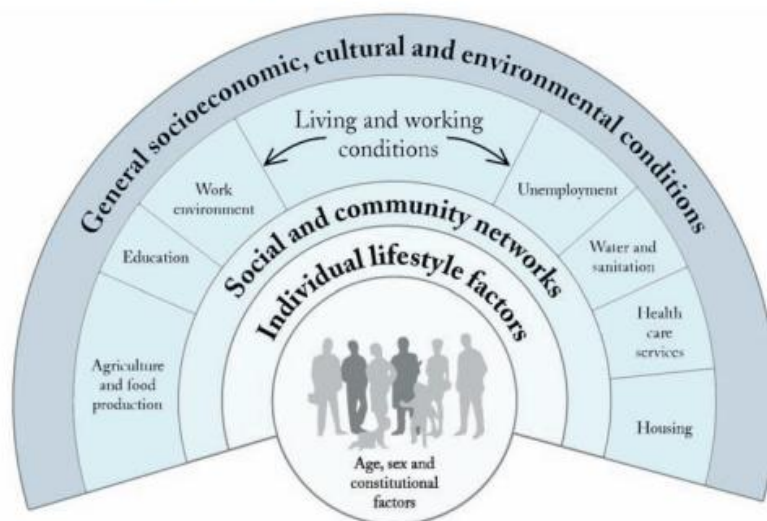


Figure shows one influential model of the determinants of health that illustrates how various health-influencing factors are embedded within broader aspects of society.

Source: Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Fonte: Dahlgren y Whitehead, 1991

"As condições sociais em que as pessoas vivem influenciam muito as suas possibilidades de desfrutar de uma boa saúde. Fatores como a pobreza, a exclusão e a discriminação social, as más condições de habitação, as condições pouco saudáveis nos primeiros anos de vida e uma profissão não qualificada são determinantes importantes da maior parte das desigualdades em doenças, morte e saúde que existem entre diferentes países e dentro do mesmo país"

(Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud, 2010, p.13 [OMS,2004])

O Modelo das determinantes da saúde de Whitehead e Dahlgren sustenta que "As desigualdades em saúde são injustas e evitáveis, pois são causadas por políticas públicas pouco saudáveis e estilos de vida sensíveis a fatores estruturais" (Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud, 2010, p.13 [Whitehead e Dahlgren, 2007]). Por conseguinte, uma política de saúde é essencial para melhorar o estado de saúde de todos os grupos sociais, incluindo os mais desfavorecidos, para a equipar com a dos mais privilegiados ou, pelo menos, para reduzir o fosso entre eles, desenvolvendo o máximo potencial de saúde para toda a população.

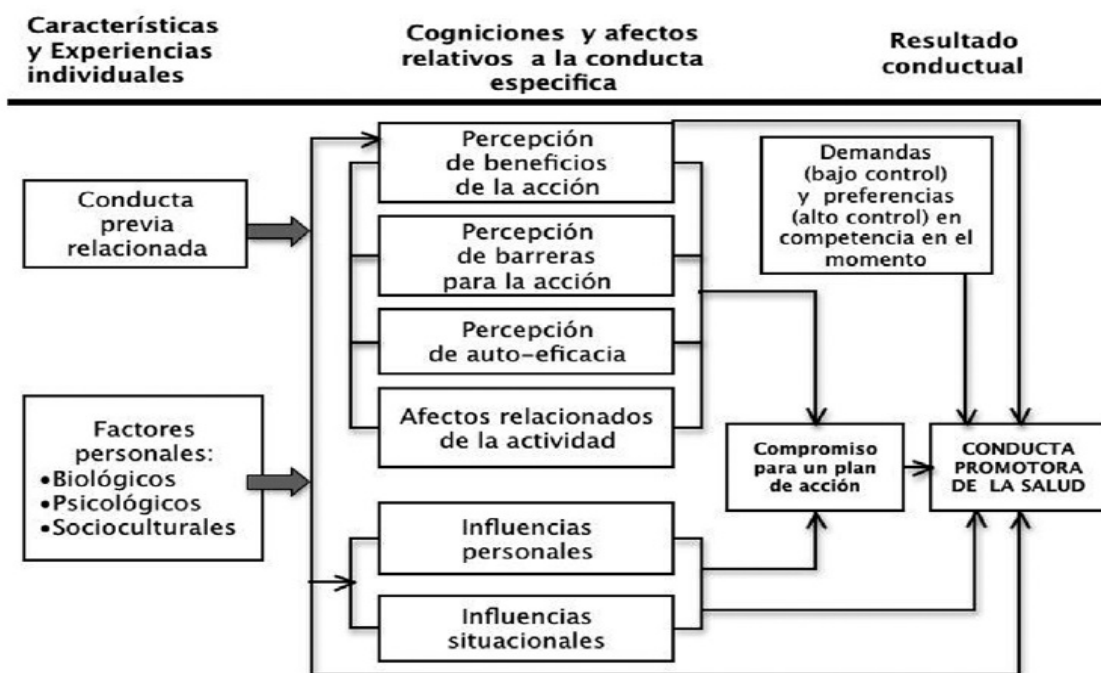
"Para nós, na União Europeia, a redução das desigualdades em saúde está no centro do valor europeu comum de uma sociedade baseada tanto na justiça social como no sucesso económico. ... Se queremos criar uma Europa de justiça social e também de prosperidade, é essencial que reduzamos esse fosso de saúde e tornemos a boa saúde para todos uma realidade." (Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud, 2010, p. 13, [Cimeira da União Europeia, Hewitt, 2005])

No centro deste modelo estão indivíduos que têm características (idade, sexo, ...) que influenciam a sua saúde e não são modificáveis. Por outro lado, existem influências à sua volta que podem ser modificadas através de ações políticas, de influências económicas, culturais e ambientais que atuam sobre a sociedade no seu conjunto. Este modelo que descreve os determinantes da saúde enfatiza as interações: os estilos de vida individuais estão integrados nas normas e redes sociais, bem como nas condições de vida e de trabalho que, por sua vez, se relacionam com o ambiente socioeconómico e cultural em geral. Determinantes para a saúde que podem ser influenciados por decisões pessoais, económicas ou políticas e podem ser fatores benéficos para a saúde, fatores de proteção ou fatores de risco. E aqui, nestes fatores ou condições de risco, é onde temos de intervir, estes são os fatores que causam problemas de saúde e doenças e que, em teoria, poderiam ser prevenidos. Interviremos em particular em fatores de risco cardiovascular com uma educação alimentar saudável, padrão de exercício saudável e habitual e principal desabituação tabágica. O nível de escolaridade tem demonstrado a sua influência:

"quanto menor o nível de educação alcançado, pior o estado de saúde na vida adulta e vice-versa" (Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud, 2010, p.55 [Cavelaars, Kunst e Geurts, 1998])

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender baseia-se na educação das pessoas sobre como cuidar de si mesmas e levar uma vida saudável, para Nola Pender "é preciso promover uma vida saudável que seja primordial antes dos cuidados porque há menos doentes, menos recursos são gastos, as pessoas recebem independência, e melhora para o futuro" (2011)

Figura n.º 5 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB²¹

Fonte: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003

Neste modelo, a definição de saúde é mais importante do que qualquer outra declaração geral. A pessoa é o centro desta teoria e é definida de forma única pelo seu próprio padrão cognitivo-perceptual que está em interação contínua com fatores modificadores que influenciam o aparecimento de comportamentos promotores da saúde. Bem-estar, promoção de comportamentos saudáveis nas pessoas, como especialidade de enfermagem, que é sem dúvida uma parte essencial dos cuidados de enfermagem, a melhoria da saúde e a geração de comportamentos que previnem a doença, a responsabilidade pessoal nos cuidados de saúde é a base de qualquer plano de reforma desses cuidados e o enfermeiro torna-se o principal agente encarregado de motivar os utentes a

manter a sua saúde pessoal. É por isso que podemos considerar este modelo como uma ferramenta muito útil para a utilização pelos enfermeiros para compreender e promover motivações, atitudes e ações dos doentes, a partir do conceito de autoeficácia.

Entre as competências do enfermeiro especialista em comunitária está o cuidado geral de saúde na fase adulta: nesta competência a educação para a saúde pretende que a população adquira hábitos e estilos de vida saudáveis, os profissionais de saúde devem integrar a educação para a saúde no dia-a-dia da sua consulta, dedicando o tempo necessário para que a intervenção seja eficaz; intervenção que será reforçada com sessões paralelas de aconselhamento em grupo com os mesmos problemas ou com as mesmas características.

Extrapolando esta competência para adultos com diabetes, no dia-a-dia da consulta falaremos sobre a melhoria dos controlos glicémicos das pessoas com diabetes, dando orientações alimentares e de exercício, relatando os sintomas de hipoglicemia e cuidados com os pés diabéticos; clarificando as suas dúvidas e medos, sendo empático e não rigoroso, a enfermeira comunitária tem como outra competência o cuidado com a família, e temos de saber que cada casa tem uma peculiaridade e que a realidade pode saber até onde pode ser alcançada com as orientações, com a informação, a família e o ambiente social é fundamental para enfrentar uma patologia ou uma mudança de estilo de vida.

No cuidado destes adultos sem diabetes o objetivo é motivar os pacientes a modificar hábitos e estilos de vida, pelo que é necessário e importante que a mensagem seja percebida como tal e não distorcida pelo paciente. Assim, é necessário que o enfermeiro adquira competências de comunicação para promover o autocuidado e que o doente tome as decisões da sua própria saúde em geral e, em particular, com diabetes com uma boa educação em alimentação e exercício físico para que estes adultos se mantenham no normopeso e com atividade física adequada à sua idade e circunstâncias.

Neste cuidado, a que nos referimos, a eficácia de um tratamento não depende exclusivamente da decisão terapêutica adequada, mas acaba por ser condicionada pela colaboração do doente, que influencia a adesão ao tratamento não farmacológico, como a alimentação e a atividade física. É

precisamente este último aspeto que nos leva a pensar na utilidade do contributo do modelo de enfermagem de Dorothea Orem. Ela concebe aqueles que recebem cuidados de enfermagem como pessoas racionais, com a capacidade de refletir sobre si mesmos e o seu ambiente, e também capazes de orientar os seus esforços para fazer as atividades que são benéficas para si mesmas, promover o autocuidado.

Se falarmos de autocuidado, aplicaremos o modelo de Dorothea Orem, a sua "Teoria Geral da Enfermagem", é uma teoria geral que é composta por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado que explica como e por que as pessoas cuidam de si mesmas; a teoria do défice de autocuidado que descreve como a enfermeira pode ajudar as pessoas; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que lista as ações a tomar pela enfermeira para satisfazer as necessidades de autocuidado. (Marriner & Raile, 2007)

"O autocuidado é um comportamento que existe em situações específicas da vida, direcionados pelas pessoas para si ou para o seu ambiente, para regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionamento em benefício da sua vida, saúde e bem-estar. É uma atividade aprendida por indivíduos e orientada para um objetivo" (Marriner & Raile, 2007)

Para Orem, o objetivo da enfermagem reside em "Ajudar o indivíduo a realizar e manter ações de autocuidado para preservar a saúde e a vida, recuperar da doença e/ou enfrentar as consequências da doença" (Marriner & Raile, 2007). Além disso, afirma que a enfermeira pode usar cinco métodos de ajuda, agir compensando o défice, orientando, ensinando, apoiando e proporcionando um ambiente de desenvolvimento.

Para implementar a teoria, é preciso "analisar os dados para descobrir qualquer défice de autocuidado, que constituirá a base para o processo de intervenção de enfermagem" (Alligood, 2018). Neste trabalho temos a oportunidade de aplicar o modelo de Orem, na localidade de Villafranco del Guadiana, porque a presença de Diabetes Tipo 2 está intimamente relacionada com os principais fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares.

2.- ENQUADRAMENTO PRÁTICO

"Um processo contínuo de previsão de recursos e serviços necessários para atingir os objetivos específicos, de acordo com uma ordem prioritária definida, permitindo escolher as soluções ideais de muitas alternativas. Esta escolha tem em conta o contexto de dificuldades internas e externas, atualmente conhecidas ou previsíveis no futuro" (Nutt, 1987, p.14)

Para Pineault e Daveluy, o planeamento em saúde é o processo formalizado de escolha, organização e avaliação das atividades mais eficazes para as necessidades de saúde de uma determinada comunidade, na realização dos recursos disponíveis. (1987)

"A racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos delineados, redução dos problemas de saúde, considerados como prioritários, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos" é a definição de planeamento sanitário de Imperatori & Giraldes. (Imperatori & Giraldes, 1993)

O significado da palavra planeamento varia, mas há um conceito intuitivo de "antecipar o futuro e tentar influenciá-lo em relação a uma ideia".

O planeamento é que o processo especializado de gestão ou gestão de organizações, que explora oportunidades de melhoria no futuro, decide quais as mudanças necessárias e como podem ser efetivamente feitas no âmbito da organização ou organizações envolvidas e do seu ambiente.

2.1.- DIAGNÓSTICO DA SAÚDE

A realização de um Diagnóstico de Situação é um processo em que a informação necessária é recolhida e analisada para identificar as principais necessidades de saúde que uma comunidade tem e, assim, fazer as intervenções mais adequadas.

O diagnóstico de saúde é definido pela Pineault como

"uma técnica de investigação que permite identificar e analisar a situação de saúde de uma comunidade ou população, de forma a determinar problemas e necessidades de saúde, caracterizando os determinantes, como parte de um processo que não termina até serem encontradas soluções para os problemas detetados" (1987)

O diagnóstico de saúde que desenvolvemos terá uma abordagem de participação comunitária, tornando-a protagonista e corresponsável por atividades de saúde da população, com o nosso acompanhamento ao longo de todas as intervenções.

Para a delimitação e determinação da população que fará parte deste diagnóstico de saúde, precisamos de acesso a diferentes bases de dados, para a recolha dos mesmos, as fontes têm sido:

- Instituto Nacional de Estatística (INE)
- Serviço Estatístico da Sua Excelência Câmara Municipal de Badajoz
- Aplicações informáticas para a gestão do utilizador do Serviço Extremenho de Saúde, SES:
 - o Jara Asistencial (programa de computador com o qual o trabalho de cuidados é trabalhado, SES)
 - o Civitas (base de dados/sistema de doentes SES)
 - o REVISA (Rede de Vigilância da Saúde Pública)
- Registos de atividade do Centro de Saúde de Talavera La Real e do Consultório Villafranco del Guadiana.

O diagnóstico irá fornecer uma descrição da situação de saúde da população em estudo, conhecendo as suas necessidades de saúde e os fatores de condicionamento desse nível de saúde, como, educação, habitação, acesso à água potável, eliminação de excretas e lixo, situação socioeconómica, distribuição de rendimentos, meios e armazenamento, crenças e costumes e assim analisar esses dados para identificar necessidades e problemas de saúde e começar com o diagnóstico de saúde.

2.1.1.- Caracterização de Talavera La Real e Villafranco del Guadiana

Talavera La Real

Talavera La Real é uma localidade da província de Badajoz, pertencente à Vega do Guadiana, conhecida pela sua rica agricultura. Fica a 13 km de Badajoz, capital provincial, junto à autoestrada A-5 Madrid-Badajoz-Lisboa.

Tem um recenseamento de 5314 habitantes em 2019.

Este município tem a sua própria câmara municipal, sede da Guarda Civil e Polícia Local; tem um C.S. que coordena da Zona Básica de Saúde, na qual estão localizados vários Consultórios em La Albuera, Villafranco Del Guadiana, Balboa, Guadajira e Alvarado. Ao nível educativo tem duas escolas e um Instituto frequentado pela maioria da população em idade escolar do concelho e pelas crianças das aldeias acima mencionadas; para o ensino superior devem passar para os níveis urbanos, como é o caso de Badajoz ou Mérida (as cidades mais próximas) que têm formação técnica e universitária. Se falamos de comércio, há muitas lojas locais e franquias de grandes superfícies é no que diz respeito a alimentos e mercearias, pastelarias e fornos próprios fornecem a população que não quer mudar para fazer compras de primeira necessidade; como no setor da moda, já que dispõem de diferentes lojas e mercearias; e outros estabelecimentos como livrarias, lojas de ferragens e tabacarias. Para lazer, a vila tem várias áreas com instalações desportivas, uma piscina municipal, bares e um albergue para poder receber turistas que decidam ficar lá.

Quanto às comunicações, dispõe de vários itinerários de autocarro com paragem na cidade, o comboio não passa por esta cidade e tem o aeroporto a 6,3 km, mas com muito pouca oferta de voo.

A economia baseia-se na agricultura e pecuária e no seu grande estímulo económico à Base Aérea Talavera La Real, construída em 1953, onde foi criada a Escola de Caça e Ataque e a ala 23

da Força Aérea, que entretanto foi totalmente identificada tanto com as instalações militares como com o aeroporto civil que foi criado mais tarde e que tem muito pouco fluxo do tráfego aéreo.

Villafranco del Guadiana do Badajoz.

Villafranco del Guadiana é uma pequena localidade na província de Badajoz, cuja origem remonta a 1958, ano em que chegaram os primeiros habitantes de outros municípios da Extremadura, Andaluzia e outras regiões de Espanha, no chamado Plano Badajoz, um plano destinado à colonização necessária para melhorar a produção agrícola da província. No início, é povoada “em construção”, que carecia de ruas pavimentadas, de água y Eletricidade. A estes foilhes atribuída uma casa e um lote de hectares para cada um. Algumas famílias também receberam gado e ferramentas agrícolas e, pouco a pouco, o trabalho dos seus habitantes tornou-se a população que é hoje. A maior parte da população de hoje são filhos e netos desses colonos, definindo hoje esta população essencialmente dedicada à agricultura.

Geograficamente está a leste de Badajoz, acessível por estrada. Esta cidade fica a 12,7 km, pela estrada N-V, da capital, Badajoz, da qual depende administrativamente; 7,2 km pela estrada BA-023 do Aeroporto de Badajoz e Extremadura e a 8,5 km da entrada para a Autoestrada Sudoeste, A-5, ligando Madrid a Lisboa.

Villafranco del Guadiana é uma aldeia (em Espanha é uma entidade local mais pequena dependente de um município que pode ou não usufruir de maior ou menor autonomia em relação a ele) do município espanhol de Badajoz, pertencente à província de Badajoz (C.A. da Extremadura) mas tem a sua própria câmara municipal e presidente da câmara. Devido a esta condição de aldeia chega o transporte público urbano de Badajoz, linha L-12, com horários acessíveis para quem trabalha e/ou estuda (disponível das 6:45 às las 23:30) na capital. Além do transporte regional de autocarros. Não há linha de comboio.

População rural, que vive principalmente da agricultura e da indústria de conservas de tomate congelado e legumes, uma vez que nesta cidade existem várias infraestruturas industriais que exportam estes produtos para diferentes países do mundo: Agraz S.A. e Centro Tecnológico

Nacional Agroalimentário Extremadura, CTAEX. E onde está também localizada uma exploração piscícola pertencente à Junta de Extremadura.

Os edifícios disponíveis para os habitantes são casas unifamiliares e moradias em banda de um ou dois andares, não há edifício de blocos, construídos pelos proprietários ou por pequenos empreendimentos habitacionais. No que diz respeito à estrutura destas casas unifamiliares, trata-se de construções modernas, materiais comuns (blocos de tijolos e cimento e também o uso de pladur). Quanto à sua acessibilidade temos o problema das escadas à entrada da cerca de metade das casas, complementando este impedimento com rampas pré-fabricadas ou com acesso pelo pátio ou garagem a pessoas com dificuldades de circulação; no caso de casas de dois andares têm a dificuldade de escadas para pessoas com mobilidade reduzida. Todas as casas têm um pátio mais ou menos espaçoso.

Tem grandes áreas verdes para a fruição de jovens e idosos, com elementos tanto para exercício, como para jogos destinados aos mais pequenos.

O município dispõe de um conjunto de estabelecimentos alimentares controlados e monitorizados pelos Serviços Veterinários e farmacêuticos da EAP do C.S. de Talavera La Real, que realizam o seu trabalho em toda a Área de Saúde de Talavera La Real (Estabelecimentos de Retalho: Lojas de Retalho; Estabelecimentos alimentares Preparados: Bares e Restaurantes).

Quanto aos recursos disponíveis em Villafranco del Guadiana temos:

- Escola Pública de Crianças e Primários, Antonio Jiménez Llerena; para frequentar o ensino secundário têm de viajar para Talavera La Real para o Instituto Público de Ensinanza Secundaria Bachiller Diego Sánchez (com serviço de autocarros adaptado aos horários do Instituto) ou para Badajoz (graças ao transporte por linha de autocarro familiar ou urbano).
- Consultório Médico que está ligado ao C.S. de Talavera La Real, onde a UBA, um Médico de Família (Dr. Casimiro Sanchez) e uma enfermeira (Eva M^a Bueno, ou seja, eu) realizam o seu trabalho; tem uma Farmácia localizada perto do consultório.

- Paróquia de Nossa Senhora do Socorro, que também tem habitação social da Cáritas para pessoas com problemas sociais.
- Associação de Majores com diferentes ofertas de atividades: Aeróbica e Manutenção de Ginástica, Danças Regionais e Bingo
- Agências bancárias.
- O esporte é promovido com diferentes espaços habilitados para a sua realização: desde pistas de petanca, quadra paddle, pista de futebol e campo de futebol para praticar desporto ao ar livre.
- Posto de gasolina.

A recolha de resíduos é depositada nos contentores disponíveis para esta ação: separação de resíduos orgânicos e óleo, e recicláveis como plástico e tetrabriks; papel e cartão, vidro e roupa. Os quais são geridos pela empresa Ecoparque de Badajoz. E a recolha de resíduos recicláveis é responsável pela Média dependente do Conselho Provincial de Badajoz e com a gestão de Ecoembes.

Todo o município, como a cidade de Badajoz, é abastecido com água do pântano de Penha del Aguila, Villar del Rey. A Câmara Municipal de Badajoz, responsável pelo serviço, desempenha esta função através de uma empresa de gestão (AQUALIA), sendo os Serviços de Farmácia dos EAPes do SES, que fazem a auditoria de acordo com as disposições dos regulamentos. A água potável é submetida a duplo controlo como no resto da cidade e cidades circundantes.

O tratamento de águas residuais é realizado da mesma forma que em Badajoz, há uma estação de bombagem destas águas na N-V, Caminho de Talavera La Real.

2.1.2.- Caracterização da Unidade da Zona Básica de Talavera La Real e o Consultório de Villafranco del Guadiana

Este município, Villafranco del Guadiana, tem um **Consultório de Saúde** formado pela sua UBA: um médico de família e um enfermeiro. Este consultório depende do ZB de Saúde do Centro de Saúde de Talavera La Real, que fica a 8,5 km pela N-V, mais a leste.

"A área da saúde é o quadro territorial e populacional dos cuidados de saúde primários onde os cuidados de saúde são recebidos através do acesso direto à população e em que deve ser prestada a capacidade de prestação de cuidados continuados, abrangentes e permanentes, através dos profissionais que integram a equipa de cuidados primários" (Ley 10/2001, de Salud de Extremadura, 2001, p. 21)

"As áreas de saúde devem ser delimitadas de acordo com fatores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, laborais, culturais, rodoviários e mediáticos, tendo um cabeçalho em que se situará um centro de saúde, como estrutura física e funcional, que apoiará as atividades comuns dos profissionais da equipa de cuidados primários, bem como as ações de saúde da própria localidade" (Ley 10/2001, de Salud de Extremadura, 2001, p. 21)

"... Na aplicação destes critérios, a população protegida pela Segurança Social a ser servida em cada Zona de Saúde pode variar entre 5.000 e 25.000 habitantes, tanto no interior como no urbano...No, e numa base excepcional, pode ser determinada uma Zona cujo número populacional seja inferior a 5.000 habitantes" (Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, 1999, p. 4)

A Zona Básica ao qual está anexado o Consultório Local de Villafranco del Guadiana e el **C.S. de Talavera La Real**, é composto por:

- Pessoal de limpeza.
- Pessoal administrativo das 8 às 15h30 em dias úteis.
- Diretor das 15:30 às 8:00 e nos feriados e fins de semana das 8:00 às 8:00.
- 4 UBAS: médico e enfermeiro.
- Pediatra: com consultas de patologia e avaliações saudáveis de crianças.
- A enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.
- Assistente social.
- Um veterinário.
- Farmacêutico.
- Consultório de La Albuera e Alvarado:

- 2 UBAS: médicos e enfermeiros, um deles vai dois dias por semana a Alvarado.
- Assistente social.
- Pessoal administrativo (pertencente à Câmara Municipal).
- Consultório Guadajira/ Balboa: formado por um médico e uma enfermeira (o nosso parceiro Salvador). Viajam todos os dias para ambas as aldeias, organizando as manhãs.
- Consultório de Villafranco, do qual já falámos.

Atividades realizadas no Consultório Local de Villafranco del Guadiana

No Consultório Local, "no meio rural pode existir um Consultório Local em cada um dos locais restantes que constituem a Zona" (Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, 1999, p. 4), são realizadas todas as atividades correspondentes a la Atención Primaria, atividades correspondentes aos Cuidados Primários, abrangendo a Promoção, Prevenção e Tratamento, interdisciplinar e multidisciplinar:

- Controlo crónico da patologia: tais como HTA e DM principalmente
- Controlo da obesidade, educação alimentar e exercício.
- Revisão saudável da criança: As avaliações da criança saudável na Zona Básica de Talavera La Real são realizadas pela Zona Pediatra e pelos enfermeiros em cada UBA, porque não há enfermeiros pediátricos nesta área.
- Visitas domiciliárias a imobilizados, idosos e terminais: com o apoio da unidade de Cuidados Paliativos, localizada no Hospital Perpetuo Socorro em Badajoz.
- Todas as técnicas que são realizadas em AP: analítica, ECG, administração de medicamentos, curas, extração de tampão de cera de ouvido, espirometria e retinografia são realizadas no centro de saúde principal.
- Pequena cirurgia: O consultório está equipado com um bisturi elétrico:
 - Eliminação de lesões benignas.
 - Cirurgia de unhas
 - Infiltrações

- Reconstrução do lóbulo dos ouvidos.
- Remoção de lipomas
- Outros
- Crioterapia no C.S. de Talavera
- Desabituação tabágica.
- Educação individual e coletiva de saúde.

2.1.3.- Questões Éticas

Devido à proteção dos dados para a realização o diagnóstico de saúde e neste Relatório, é necessário solicitar licenças ao Comité de Ética e Investigação da Área de Saúde de Badajoz, sendo necessário prever para a sua aprovação a documentação abaixo descrita:

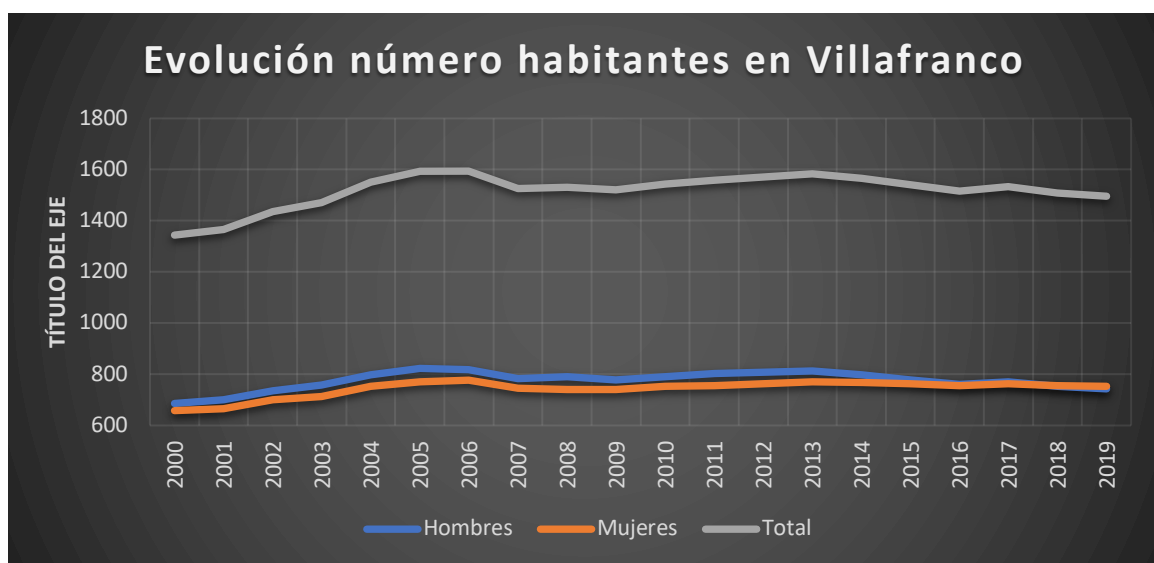
- Certificado de avaliação e/ou aprovação pelo Comité Científico da Universidade ou, na sua falta, relatório favorável do Departamento Universitário de Apoio ao projeto (ver. Anexo IV)
- Autorização do(s) ou dos serviços(s) envolvidos, incluindo a adequação dos meios disponíveis para a realização do estudo (ver. Anexo III)
- Documento assinado pelo diretor/tutor afirmando que reviu e avaliou o projeto, nos seus aspetos metodológicos e éticos, de que o aluno recebeu formação adequada em metodologia e ética de investigação, confidencialidade e proteção de dados, e que reviu e endossou os documentos submetidos ao Comité (ver. Anexo II e I)

2.1.4.- Caracterização da População da Villafranco del Guadiana. População Alvo

Estamos perante uma população rural, como se constata na evolução dos habitantes nos últimos anos de 2000 a 2019, (Gráfico 5 e Quadro 1), não se evidenciando uma diminuição, como acontece em muitas zonas rurais de Espanha; isto deve-se às características deste município, uma vez que é considerada como um "município de quarto ou município dormitório", devido à sua localização privilegiada perto de um centro urbano - 12,7 km da capital provincial, Badajoz. Tem

um serviço regular de autocarros urbanos (transportes públicos) que facilita o acesso à capital ou veículo próprio, incentivando a deslocação a qualquer momento e facilitando o trabalho das mulheres em trabalho doméstico em casas na capital para ajudar a economia familiar. É necessário destacar a presença de empresas e indústrias de fabrico de alimentos enlatados e de congelação de alimentos que oferecem trabalho em diferentes períodos do ano, mesmo que não seja fixado. Existe disponibilidade de trabalho temporário e/ou contínuo na agricultura; população que vive principalmente na agricultura e nas empresas acima referidas. E a isto acrescentamos que o preço da casa é inferior ao da cidade.

Gráfico n.º 5 – Evolução número de habitantes em Villafranco del Guadiana de 2000 a 2019



Fonte: Própria, com dados INE

Quadro n.º 1 – Evolução total e populacional de género em Villafranco del Guadiana de 2000 a 2019

Evolução da população de Villafranco del Guadiana de 2000 a 2019			
Anos	Homens	Mulheres	Total
2000	686	658	1344
2001	701	666	1367
2002	736	700	1436
2003	758	714	1472
2004	798	754	1552
2005	823	770	1593
2006	817	777	1594
2007	782	745	1527
2008	791	741	1532
2009	779	741	1520
2010	790	754	1544
2011	803	755	1558
2012	808	764	1572
2013	813	771	1584
2014	798	767	1565
2015	779	762	1541
2016	761	755	1516
2017	770	764	1534
2018	754	755	1509
2019	742	754	1496

Fonte: Própria, com dados INE

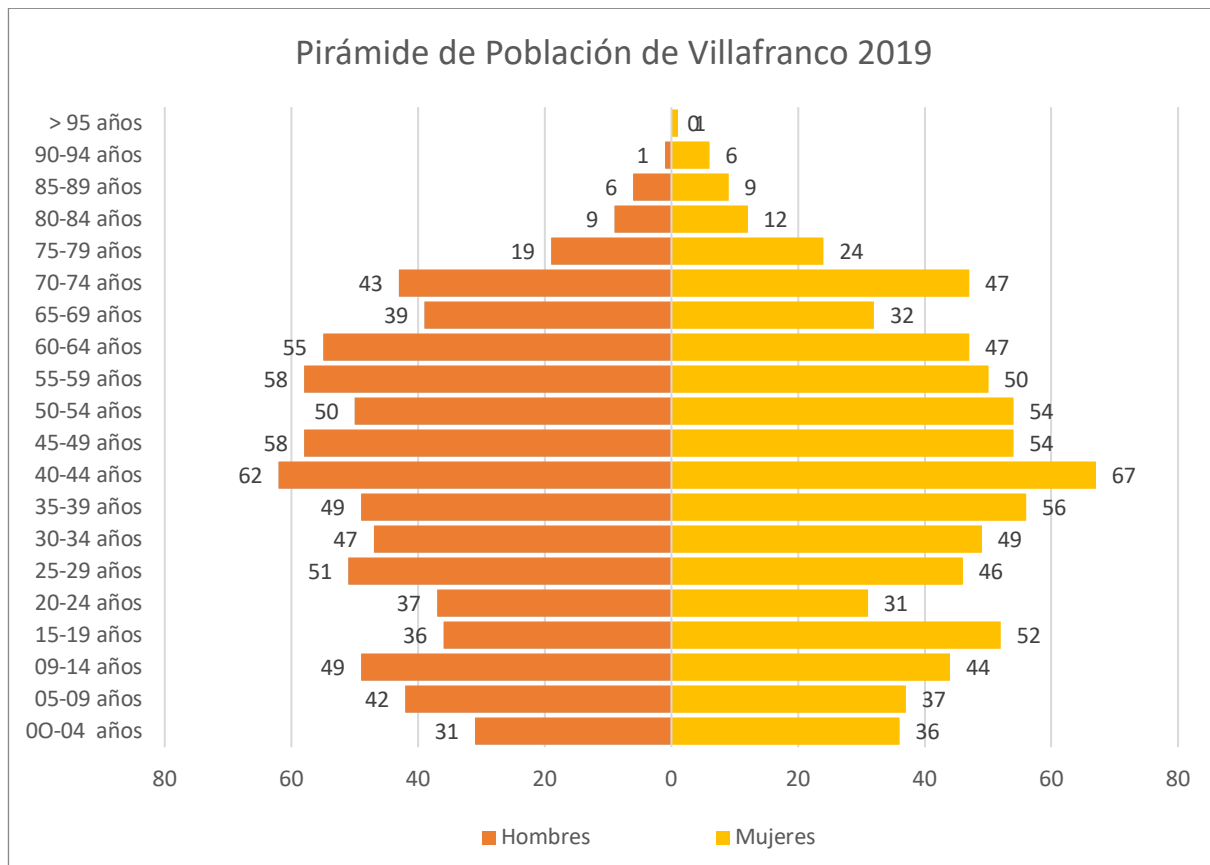
Estamos perante uma população trabalhadora com baixo nível cultural e socioeconómico, um tipo de população em que, de acordo com os estudos epidemiológicos, nos últimos anos, o número de pessoas com diabetes está a aumentar.

A população recenseada, pela Câmara Municipal de Badajoz, na localidade de Villafranco del Guadiana, atualizada para 22 de outubro de 2019, é constituída por 1496 indivíduos, dos quais 742 são homens e 754 são mulheres, e estão ligados à Unidade de Assistência Básica de Villafranco del Guadiana.

De acordo com as características demográficas da população de Villafranco del Guadiana, como se pode observar, a sua pirâmide populacional tem a forma de uma lâmpada, ou seja, é regressiva (Gráfico 6). Foi elaborada a partir do recenseamento anterior, e demonstra uma população envelhecida típica dos países desenvolvidos, onde a maior parte da população está concentrada na zona central do país desenvolvido, tendo uma percentagem de 67,44% de indivíduos entre os 15 e os 64 anos e a percentagem de mais de 65 anos é significativa, 15,97% do total. Fazemos uma ressalva, uma vez que há um ligeiro aumento das faixas etárias dos 5 aos 14 anos com 16,57% do total entre 0 e 14 anos, provavelmente devido às características anteriormente referidas da população jovem em idade fértil que decidiu não emigrar e continuar no concelho (Gráfico 7). Em termos da proporção por sexo é muito proporcional com 50,40% das mulheres e 49,60% dos homens, uma ligeira inclinação para as mulheres.

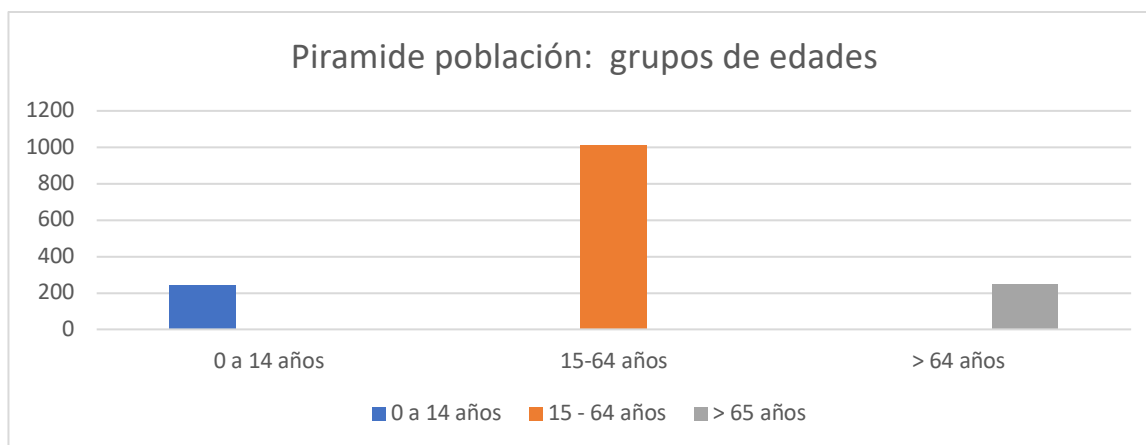
Quanto à imigração, é nula, não é uma localidade onde vêm os imigrantes, o trabalho que os locais e as necessidades das diferentes empresas são cobertos.

Gráfico n.º 6 – Pirâmide da População de Villafranco del Guadiana, outubro de 2019



Fonte: Própria com dados da Câmara Municipal de Badajoz, 22 de outubro de 2019

Gráfico n.º 7 – Número de habitantes agrupados por idade de Villafranco del Guadiana



Fonte: Própria

2.1.5.- Instrumentos, técnicas e procedimentos

Para conhecer a população com diabetes da população em estudo, o trabalho começou com um estudo de prevalência, que vamos detalhar nesta secção.

Tratou-se, de um estudo de tipo observacional, descritivo e transversal realizado no número total de doentes com mais de 35 anos ligados à Consultório de Villafranco del Guadiana (cuidados primários). O objetivo deste estudo é conhecer a prevalência da diabetes tipo 2 em doentes com mais de 35 anos a partir dos utentes inscritos no Consultório de Villafranco del Guadiana, pertencente à Zona Básica de Saúde da Talavera, da Área de Saúde de Badajoz.

A seleção dos participantes no estudo foi realizada através da pesquisa da história médica eletrónica do Sistema Informático do Serviço Extremo de Saúde – Jara que inclui dados sociodemográficos e dados relacionados com a saúde dos indivíduos, entre os quais destacamos, os dados antropométricos e dados analíticos (menos de 6 meses: tais como: glicemia plasmática e hemoglobina glucosilada).

Para identificar corretamente os indivíduos a incluir, foi necessário que estes doentes tivessem identificado este problema de saúde e fossem incluídos no Programa de Saúde da Diabetes.

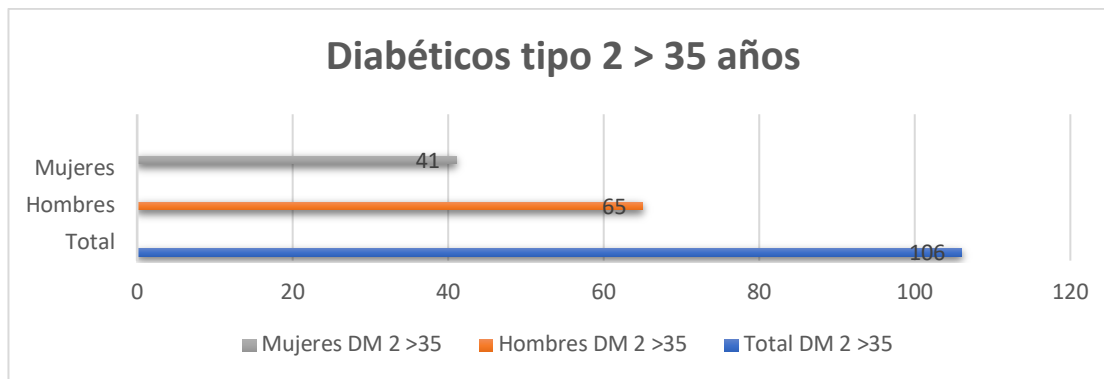
Desta forma, foram selecionados um total de 116 doentes diabéticos diagnosticados na população em estudo.

A recolha de dados foi realizada de 1 de setembro a 10 de dezembro de 2019, através da base de dados do Serviço Extremo de Saúde.

Do total dos doentes diabéticos inicialmente selecionados, foram excluídos 10 doentes que não cumpriram os requisitos a incluir no estudo; 9 deles por serem diabéticos do tipo 1, e o restante paciente, por serem um doente diabético tipo 2 com 24 anos de idade.

Tendo em conta os doentes excluídos do estudo, a amostra final ascende a um total de **106** indivíduos com **diabetes tipo 2** e com idade superior a 35 anos. Identificámos 65 indivíduos do **sexo masculino (61%)** e 41 do **sexo feminino (39%)**. (Gráfico 8)

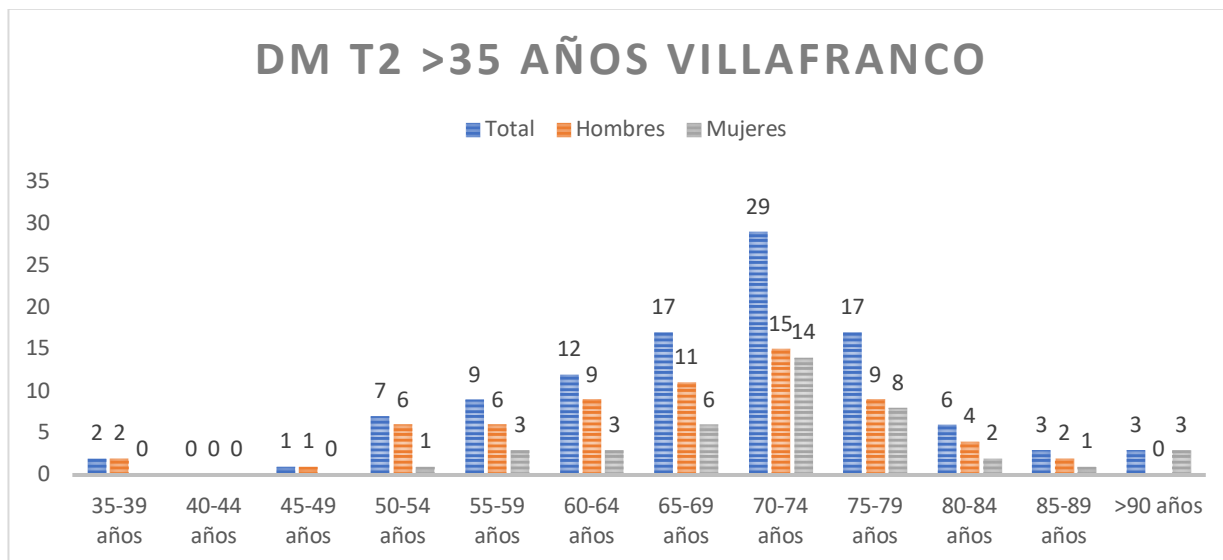
Gráfico n.º 8 – Pessoas com DM2 > 35 anos: total e por sexo em Villafranco em 2019



Fonte: Própria

Segue-se o detalhe da distribuição da amostra, por sexo e total e por grupo etário (Gráfico 9):

Gráfico n.º 9 – Distribuição de doentes com DM2 > 35 anos por idade e sexo em Villafranco em 2019



Fonte: Própria

Com base nos dados antropométricos, a distribuição da amostra de acordo com o índice de massa corporal dos indivíduos incluídos no estudo, dá-nos uma percentagem de 94% dos diabéticos do tipo 2 com excesso de peso, deixando a amostra da seguinte forma:

- 18.5-24.99 → Normopeso: 6
- 25-29,9 → Sobrepeso o Preobesidad: 50
- 30-34,99 → Obesidade tipo I: 31
- 35-40 → Obesidade tipo II: 16
- >40 → Obesidade III o Mórbida: 3

Relativamente ao nível de estudos dos doentes incluídos no estudo, obtivemos os seguintes dados:

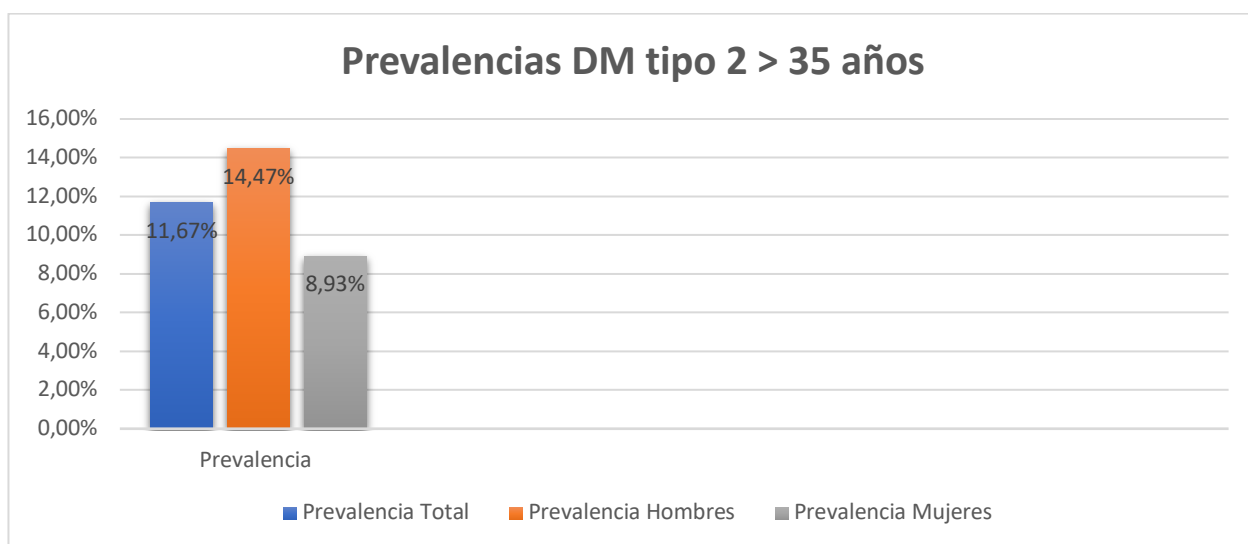
- Sem Estudos: 80%
- Primária: 18%
- Media: 2%
- Superiores: 0%

2.1.6.- Análise dos dados recolhidos

Os principais dados que obtivemos no diagnóstico efetuado mostram-nos que a prevalência de diabetes tipo 2 mellitus em maiores de 35 anos, na cidade de Villafranco del Guadiana é de **11,67%**.

Tendo em conta o cálculo da prevalência de género, encontramos diferenças importantes, ou seja, enquanto nos **homens** a prevalência da diabetes tipo 2 se situa nos **14, 47%**, nas **mulheres** fá-lo em **8,93%**. (Gráfico 10)

Gráfico n.º 10 – Prevalência DM2 em >35 anos, total e por sexo em Villafranco em 2019



Fonte: Própria

Realçamos a prevalência de diabetes tipo 2 em indivíduos com **65 e mais anos** é de **30,24%** (Gráfico 11):

- De 35 a 64 anos → 24 homens e 7 mulheres // Prevalência: $31/660 \times 100 = 4,69\%$
Homens: $24/332 \times 100 = 7,22\%$
Mulheres: $7/328 \times 100 = 2,13\%$
- >65 anos → 41 homens e 34 mulheres // Prevalência: $75/248 \times 100 = 30,24\%$
Homens: $41/117 \times 100 = 35,04\%$
Mulheres: $34/131 \times 100 = 25,95\%$

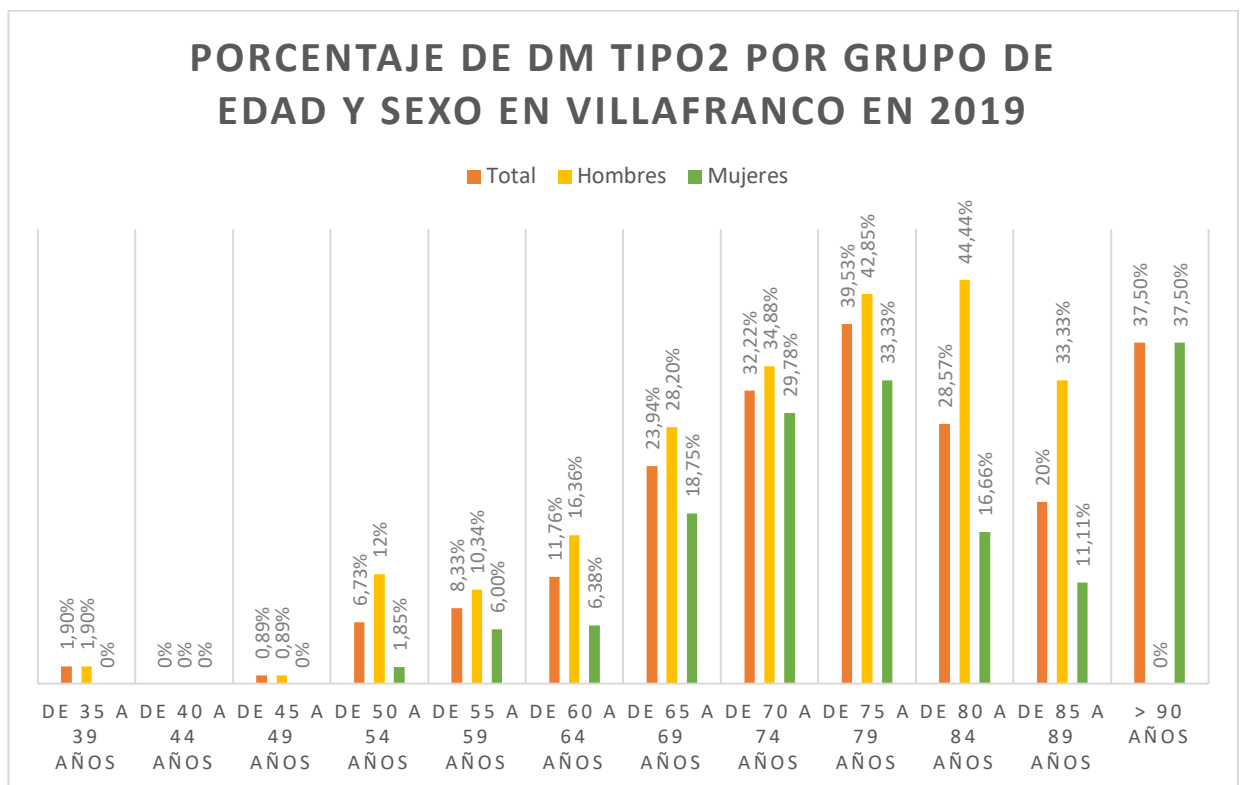
Gráfico n.º 11 – Prevalência por grupos etários dos 35 aos 64 anos e > 65 anos em Villafranco em 2019



Fonte: Própria

A distribuição por faixa etária e género foi a seguinte (Gráfico 12):

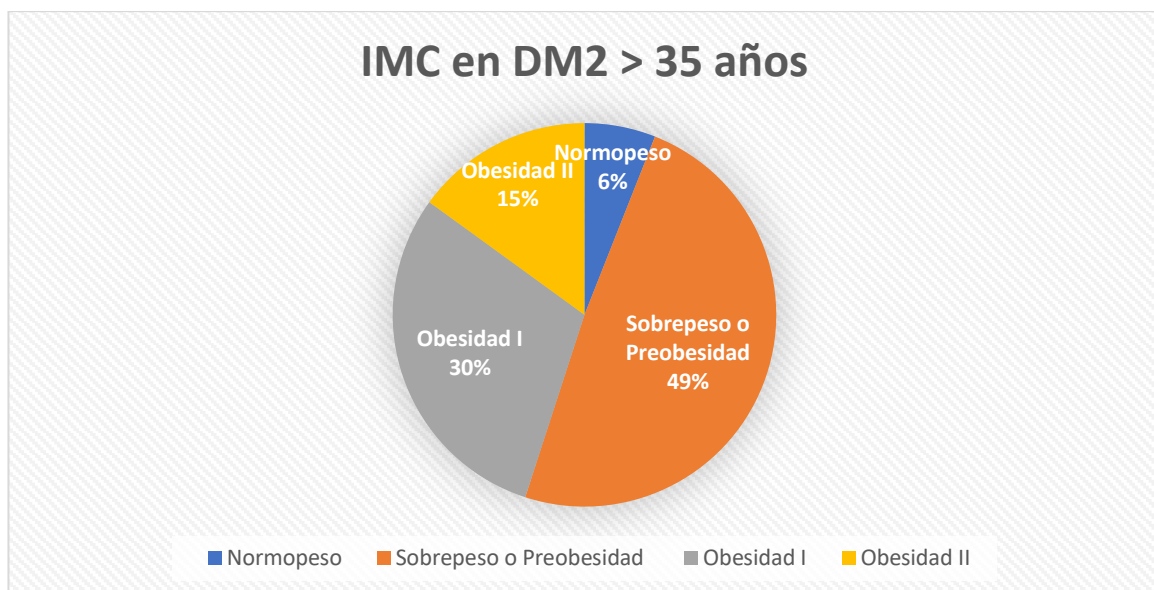
Gráfico n.º 12 – Percentagens de Prevalência DM2 em >35 anos por grupo etário e sexo em Villafranco del Guadiana em 2019



Fonte: Própria

Com base na distribuição da amostra de acordo com o seu IMC, **94%** dos diabéticos do tipo 2 com mais de 35 anos têm **excesso de peso** com um IMC > 25: **49%** apresentam **excesso de peso**, **45%** são **obesos** e apenas **6%** podem ser incluídos no grupo de doentes com **peso-normal** (Gráfico 13)

Gráfico n.º 13 – Percentagens de IMC de DM2 > 35 anos de idade em Villafranco del Guadiana em 2019



Fonte: Própria

Quanto ao nível de escolaridade, a amostra é distribuída da seguinte forma: **80%** dos diabéticos do tipo 2 com mais de 35 anos **não têm estudos**, podendo considerá-los como **analfabetos funcionais**, ou seja, pessoas que, sem ir à escola, sabem ler e escrever; **18%** possuem **instrução primária** e apenas **2%** da amostra, apresenta **escolaridade média**. Não encontramos doentes ao nível de ensino superior (Gráfico 14).

Gráfico n.º 14 – Percentagem DM2 > 35 anos de acordo com estudos académicos em Villafranco em 2019



Fonte: Própria

2.1.7.- Identificação de problemas: os principais resultados de diagnóstico

Destacamos, neste momento e após a análise dos dados do diagnóstico realizado identificamos como principais problemas, o excesso de peso da população em estudo, o aumento da prevalência de DM2 em idades avançadas e o baixo nível de escolaridade na população estudada.

Temos uma população com excesso de peso, fator intimamente relacionado com o desenvolvimento de DM2, tanto nos idosos como na população trabalhadora.

População ativa que, devido ao trabalho nas indústrias mencionadas em pontos anteriores, as mudanças de turno de trabalho, a conseqüente falta de tempo e desejo de realização do exercício após o longo dia de trabalho.

A população idosa, devido ao aumento da Esperança de Vida, está a aumentar, exigindo mais cuidados domiciliários. Com pouca atividade física numa elevada proporção de indivíduos e com uma dieta rica em gorduras e doces.

Não temos falado sobre a população infantil e adolescente, uma vez que o estudo se direciona para os indivíduos com 35 e mais anos mas, mas, os dados sobre o excesso de peso e o aumento do diabetes mellitus tipo 2 nos jovens são descritos em vários estudos e há estratégias para abordar

esta situação preocupante, tanto a nível comunitário (Junta de Extremadura, 2005) como a nível global, a OMS. (OMS, 2016) (Manrique-Hurtado, Aro-Guardia, & Pinto-Valdivia, 2015)

2.1.8.- Determinação das Necessidades em Saúde

A determinação das necessidades de saúde de uma população ajuda-nos a identificar os problemas de saúde dessa população e, identificando problemas se chegarmos a um ponto comum entre as diferentes necessidades, alcançaremos o sucesso no planeamento.

Para uma análise correta, torna-se necessário identificar as necessidades de saúde, que Bradshaw classificou em: (1972)

- Necessidades determinadas pela população:
 - Necessidade Sentida: é o que o indivíduo percebe sobre os seus problemas de saúde ou sobre o que quer dos serviços de saúde (Desejo)
 - Necessidade Expressa: é a que o indivíduo exige, uma vez que há indivíduos que, embora sintam necessidade, não recorram aos serviços de saúde. Seria a necessidade sentida concluída num processo de busca dos serviços de saúde para a cobrir. (Procura)
- Necessidades determinadas por outros:
 - Necessidade Comparativa: aquela que um indivíduo ou grupo deve sentir como tem as mesmas características que outro ou outros.
 - Necessidade Regulamentar ou Objetiva pelo Profissional, com base em investigação, experiência.

É importante diferenciar a necessidade e o problema de saúde. Este último é um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, pelo profissional de saúde ou pela comunidade (Pineault & Daveluy, 1987). Por isso, a existência de necessidades pode ser concebida mesmo numa situação em que não existe problema de saúde e, segundo Pineault e Daveluy, pode ser definida como "deficiência ou ausência de saúde, determinada com base em critérios biológicos ou epidemiológicos, que conduz a medidas de prevenção, tratamento, controlo e erradicação" (1987)

Não foi possível realizar nenhuma reunião com a comunidade para obter a informação por dificuldades inerentes aos representantes da comunidade. Foram realizadas reuniões informais com o meu orientador, com enfermeiros da Zona Básica da Talavera La Real, com o doutor de Consultório de Villafranco del Guadiana, e individualmente com os doentes que vieram às consultas de medicina e enfermagem para conhecer as reais necessidades. Entre os problemas identificados na sequência do consenso com os profissionais nas reuniões informais da equipa, e da análise dos dados das necessidades expressas das exigências das consultas por parte da população ligada ao lugar de Villafranco del Guadiana e individualmente através de entrevistas aos doentes que participaram no consultório, surge a preocupação com as doenças crónicas e as suas consequências, especialmente pela diabetes, especialmente por medo de ter de dar insulina (a picada) e outra das preocupações, para as quais a população está cada vez mais a exigir visitas de enfermagem é para a obesidade, preocupa-se com o excesso de peso não tanto na estética, mas porque a consideram e já a percebem como um problema de saúde.

Estes dados estão em consonância com os anteriores mencionados.

Consultando à Atenção ao Indivíduo e à Família no Portafólio de Serviços do Serviço Extremenho de Saúde, (Junta de Extremadura, 2007) temos como atividades para realizar como enfermeiro especialista em Comunitária e Saúde Pública a promoção de hábitos saudáveis em todas as fases da vida de crianças, adolescentes, adultos e idosos, enfatizando a dieta, exercício e prevenção de comportamentos de risco; e como Atenção Protocolada a Doentes com Problemas de Saúde Crónicos e Prevalentes temos cuidados para pacientes com diabetes e cuidados para pacientes obesos, com controlos e atividades de programa.

2.2. - DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES

Nesta segunda fase do processo de planeamento da saúde é realizado um processo de priorização, esta priorização é necessária devido à limitação dos recursos existentes e envolve identificar os problemas que exigem uma ação mais imediata. Mas, decidir se este problema será objeto de uma intervenção dependerá de múltiplas variáveis, incluindo a magnitude do problema, a eficácia da intervenção (a possibilidade de o resolver) e a viabilidade do mesmo, bem como a

informação e conhecimento que está disponível sobre o comportamento do problema na população de interesse.

Em suma, priorizar significa colocar os problemas identificados de acordo com a ordem pela qual consideramos que é viável ser abordado e poder satisfazer as necessidades, uma vez que a intervenção e a abordagem simultânea de todos os problemas, na prática não é possível, uma vez que os recursos de que dispomos são limitados.

A priorização inclui:

- ✓ Rastreio de problemas: precisamos de reduzir a lista a 15 problemas de saúde como muitos. A priorização tem sido realizada com base nas tendências da morbilidade entre 1990 e 2016, o que revela que em Espanha 92,8% das mortes ocorrem por doenças não transmissíveis (INE). Os 10 principais fatores de risco para a AVAD em Espanha em 2016 são o tabagismo, a pressão arterial alta, o alto teor de IMC, o consumo de álcool, o jejum de glicose, o colesterol total, a disfunção renal, a dieta de baixas sementes, os grãos integrais e os cereais integrais e, finalmente, a poluição ambiental no ar. (Soriano, Rojas-Rueda, Alonso, & Anto, 2018)

- ✓ Aplicação de critérios de acordo com o método de priorização que utilizamos. Existem métodos gerais de priorização, tais como "comparação de pares", "grelha de análise", "método DARE", "ponderação", "Rank pooled". Um dos métodos mais utilizados na priorização pela sua flexibilidade e por ser capaz de objectificar cada componente é o método Hanlon (Rodriguez Alcala & Lopez de Castro, 2004) e é aquele que iremos utilizar para a realização da priorização na saúde da Situação De Diagnóstico da Situação do Município de Villafranco del Guadiana. Este método baseia a priorização dos problemas em quatro aspetos:
 - A magnitude ou extensão do problema: número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total: Componente A.
 - A gravidade, gravidade ou importância do problema: pode ser suportado por dados subjetivos (devido à carga social que gera um problema) e objetivos (indicadores de

saúde: taxas de mortalidade, morbidade, incapacidade e custos associados ao problema): Componente B.

- A eficácia da intervenção: isto permite-nos avaliar se os problemas são difíceis ou fáceis de resolver. Vulnerabilidade: Componente C.
- A viabilidade de um programa ou intervenção: Este critério é discriminado para análise em cinco fatores, correspondentes à sigla PEARL, que são relevantes, viabilidade económica, aceitabilidade, prestação de recursos e legalidade; um grupo de fatores que não estão diretamente relacionados com a necessidade ou eficiência atuais, mas que permitem à comunidade determinar se o problema está resolvido e se as ações são aplicáveis.: Componente D.

Os principais critérios para a definição de prioridades em saúde podem ser simplificados:

- Dimensão / Importância do problema devido à sua gravidade, impacto social e evolução do problema.
- Capacidade de intervir na sua eficácia e eficiência no problema para resolvê-lo
- Viabilidade da intervenção.

Em termos da extensão do problema, a diabetes tem-se revelado um problema que, com uma elevada prevalência, afeta uma grande população, que é a 10 doença de mortalidade mais direta ou indiretamente (Gráficos 3 e 4) e com uma elevada morbidade devido ao rescaldo da doença mal controlada. A diabetes está também entre as 5 principais causas das razões da consulta. Por isso, temos de dar prioridade a programas focados na melhoria dos doentes com diabetes e na prevenção e diminuição da incidência desta doença, uma vez que, como já verificamos ao longo da literatura, o DM tipo 2 é evitável.

Com a realização desta fase estamos a obter as competências específicas de 1.1.3 Identifica os determinantes dos problemas em saúde de uma comunidade; 1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de uma comunidade e 1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade (Regulamento n.º 428/2018, 2018 p. 19355)

2.2.1. Hierarquização de Problemas

Tendo já as tabelas de priorização pelo Método Hanlon, a fórmula foi multiplicada, o que resultou nos problemas de intervenção após a priorização são a Glicemia de Plasma Elevado e a Tensão Arterial Sistólica Elevada (Apêndice III).

E se estes dados são cruzados com as necessidades sentidas pela população e pelos profissionais, é mais do que justificado realizar uma intervenção na diabetes, tornando esta ação viável nos doentes diagnosticados com diabetes, uma vez que com poucos recursos e poucos custos podemos intervir na prevalência de fatores de risco, promovendo estilos de vida saudáveis, incentivando a atividade física e dieta equilibrada; ajudarão a alcançar o nosso principal objetivo, travar a incidência de diabetes na população.

2.3.- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A terceira etapa do planeamento em saúde é a fixação de objetivos. Uma vez conhecidas as necessidades e selecionadas as necessidades ou problemas a intervir, devem ser estabelecidos os objetivos que se destinam a ser alcançados e responder às necessidades identificadas; estes objetivos devem ser: relevantes, precisos e alcançáveis, realistas e razoáveis, delimitados (com prazos) e mensuráveis (Imperatori & Giraldes, 1993)

Definimos uma série de objetivos tendo em conta os dados obtidos, e assim conduzimos outra das competências correspondente, 1.3.1. Define objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19355)

A determinação dos objetivos consiste em traduzir uma ideia geral em atividades específicas, para uma determinada população e com os meios à nossa disposição e num dado momento. Existe um objetivo geral que é mais amplo, mais ambicioso e objetivos específicos estão a quebrar o objetivo global para o conseguir.

2.3.1.- Objetivo General

Diminuir em 5% a incidência da Diabetes tipo 2, em pessoas com mais de 35 anos na população de Villafranco del Guadiana, até 2022.

2.3.2.- Objetivos Específicos

- Definir uma estratégia para melhorar o controlo dos doentes diagnosticados com diabetes, melhorando em 5% os seus controlos glicémicos e analíticos em 2 anos.
- Identificar doentes com diabetes, fazendo o teste FINDRISC, para o maior número de doentes com mais de 35 anos que não são diagnosticados com diabetes ou pré-diabetes em momento atual (diagnóstico precoce da diabetes) até outubro de 2020.
- Melhorar o padrão de alimentação e atividade física de doentes sem diabetes, mas com fatores de risco cardiovascular (população de risco), em 2 anos.
- Educar famílias e informar a comunidade com o objetivo de alcançar estilos de vida saudáveis e reduzir ou eliminar fatores de risco cardiovascular, antes de Setembro de 2021 (aguardando o controlo da pandemia Covid19).
- Desenvolver um protocolo de intervenção na escola e associações e comunidade sobre alimentação saudável e atividade física antes de Setembro de 2021 (aguardando o controlo da pandemia Covid19).
- Contribuir para a formação dos profissionais responsáveis pelas intervenções da diabetes e os seus fatores de risco da Zona Básica de Saúde de Talavera em cada uma das áreas de ação até março de 2020.

2.4.- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A Seleção de Estratégias corresponde á quarta fase do processo do planeamento em saúde que para Imperatori & Giraldes consiste em conceber um processo baseado num conjunto de técnicas específicas organizadas com a finalidade de alcançar um objetivo. É essencial efetuar uma estimativa dos recursos a utilizar, se os recursos forem insuficientes, as estratégias deverão ser revistas, tal como os objetivos (1993).

Esta quarta etapa leva-nos a desenvolver a competência “Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19355)

As estratégias selecionadas para atingir os objetivos propostos e ainda algumas atividades para as desenvolver o projeto são as seguintes:

- **Estratégia 1.- Formação de profissionais e pesquisa:** Como primeiro passo, para qualquer projeto de intervenção na enfermagem e como enfermeiros comunitários, temos de confiar na evidência científica, "Enfermeiro comunitário Suporta a prática clínica em evidência científica que suporte as decisões em saúde" (Regulamento n.º 140/2019,2019, p. 4749) Por isso, é preciso realizar uma busca bibliográfica e uma comunhão com as enfermeiras locais. Para tal, realizaremos as seguintes atividades:
 - Pesquisa bibliográfica sobre diabetes, fatores de risco para doenças cardiovasculares, hábitos de vida saudáveis e modificáveis e comportamentos prejudiciais.
 - Apresentação do projeto em sessão clínica para a formação de um grupo para a realização de sessões de educação para a saúde.
 - Formação de profissionais em diabetes, nos fatores de risco das doenças cardiovasculares e nas competências sociais e comunicação.
 - Preparação de um questionário para avaliar as sessões.

- Divulgação do projeto para a área da saúde e a nível nacional: congressos, posters, comunicações.

➤ **Estratégia 2.- Implementação de medidas de controle dos doentes com DM2:** Em termos de prestação de cuidados, na sequência da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 "Melhoria da qualidade clínica e organizacional" (Despacho n.º 5613/2015, 2015, p. 13552) e da "Estratégia Nacional do SNS" de Espanha, juntamente com a "Atenção ao indivíduo e à família", da Carteira de Serviços de Cuidados Primários do SES. O enfermeiro especialista tem de prestar cuidados de qualidade através de protocolos e atividades reguladas para o controlo de doentes com patologias crónicas. Esta estratégia consiste em as atividades destinam-se a um melhor controlo da sua doença, que é um dos nossos objetivos específicos. Para isso, temos de ter os três pilares fundamentais do tratamento da diabetes controlados, prevenindo e/ou retardando desta forma, o desenvolvimento de muitas das complicações associadas ao DM. Neste sentido, as atividades a realizar passam:

- Controlos analíticos: glicose no sangue, HbA1C e perfil lipídico a cada 6 meses (c/3 se houver um controlo fraco) e filtração glomerular anual.
- Controlo de outros fatores de risco cardiovascular que danifiquem e piorem a doença e a saúde do paciente em geral:
 - Cessaçãotabágica: O consumo de tabaco aumenta o risco de diabetes e doenças cardiovasculares e agrava a doença uma vez que tenha sido estabelecida. Abordar a possibilidade de desabituacãoen cada consulta com: Breve Intervenção
 - Controlo da tensão arterial: com drogas se necessário e/ou dieta saudável com restrição de sal e exercício físico e excitante.
 - Controlo lipídico: com drogas se forem essenciais, mas especialmente com estilos de alimentação e exercício saudáveis.
 - Controlo de peso, reduçãou obtençãode um IMC de 25

Uma vez que temos uma diabetes diagnosticada temos intervenções que são viáveis e económicas para monitorizar e diagnosticar complicações precocemente:

- Cuidados de podologia: evite o pé diabético: com cuidados diários aos pés, educação para a saúde, padrões/cuidados a serem realizados pelo paciente:
 - Inspeção diária do pé.
 - Lavar e secar bem diariamente os pés, com sabão neutro e evitar altas temperaturas, verificar a água antes e evitar a utilização de sacos ou almofadas quentes (pode causar queimaduras).
 - Hidratação, exceto interdigital por maceração
 - Corte as unhas direitas ou até mesmo simplesmente usando limas para evitar cortes e escórias.
 - Vá ao podólogo, sempre que a economia o permitir.
 - Calçado confortável e materiais nobres, se possível economicamente. Nunca ande descalço.
 - Troca de meias duas vezes por dia.
 - Como os testes de diagnóstico no gabinete do enfermeiro especialista devem ser realizados em pacientes diabéticos:
 - Monofilamento Semmes-Weinstein.
 - Índice do braço do tornozelo.
 - Detecção de retinopatia (causa de cegueira): Retinografia no centro de saúde, quando o retinografo está disponível e se não com uma referência do médico de família à oftalmologia.
 - Detecção de sinais precoces de nefropatia relacionada com diabetes: testes filtrados e função renal, um prognóstico da diabetes pobre está relacionado com má função renal.
 - Educação para a diabetes, padrão de alimentação e atividade física
- **Estratégia 3.- Rastreo dm2 sobre população em geral com mais de 35 anos:** Sendo importante como ação na saúde e com especial peso na Enfermagem Comunitária é o diagnóstico precoce, existem vários programas de rastreio que demonstram a sua eficácia, e entre eles na Carteira de Serviços do SES em "Atenção ao Indivíduo e à Família" (Junta de Extremadura, 2007) é a deteção precoce do diabetes mellitus tipo 2 e, assim, atuam em conformidade com os resultados obtidos. A enfermeiro especialista

"Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748) Para o desenvolvimento desta estratégia temos as seguintes atividades:

- Realização do FINDRISC Test.
- Exames de sangue.
- Educação para a diabetes.
- Educação alimentar e de exercício.
- Desabituação de fumar.

➤ **Estratégia 4. - Educação para a saúde da população em geral:** Esta estratégia que consiste na formação e informação da população em geral é a mais importante e a mais complicada. Uma das competências do enfermeiro especialista é "Garante um ambiente terapêutico e seguro" (Regulamento n.º 140/2019,2019, p.4747). A prevenção e a educação são palavras que andam de mãos dadas com a enfermagem, somos garantes de cuidados, educando na saúde e promovendo mudanças nos hábitos de saúde, evitando os prejudiciais e promovendo os saudáveis do medio ambiente para a saúde. Para alcançar essa estratégia, tínhamos angariado sessões de educação para a saúde na escola e na comunidade. Sessões que teremos de repensar a forma de as realizar se a pandemia continuar, uma vez que até hoje é uma incerteza, uma vez que a escola estará no novo curso e a situação da população é complicada tanto pela saúde como pelo tempo que têm, uma vez que têm de atender às crianças que estão em casa, enquanto se aguarda o trabalho que muitos perderam e os que não a perderam estão com mais carga de trabalho; por isso, teremos de relançar esta estratégia para chegar à população e promover com nestas sessões:

- Padrão Dietético Saudável: Dieta Mediterrânica: evite ultra-processados (que são ricos em açúcares e gorduras saturadas) e fast-food, açúcares, gorduras saturadas e álcool. Com o aumento do consumo de vegetais, frutas, peixe, cereais integrais, frutos secos e azeite, este último como principais fontes de gordura.
- Atividade física regular, para toda a população, de 30 minutos a 1 hora de intensidade moderada, se possível todos os dias da semana, mas pelo menos 3 dias por semana, se for necessário perder peso e as condições do paciente são boas para

intensificar a atividade física. Evite estilos de vida sedentários em todas as idades.

Resumo: Exercício regular: mínimo de 30 minutos/dia ou 4 horas/semana.

- Obter e manter normopeso, um peso corporal saudável, $IMC \leq 25$, não excesso de peso, não obesidade. Pelo menos obtenha uma perda de 5% do peso daqueles que não estão no normopeso.
- Fumar: Cessaçãõ tabágica: deixar de fumar pode reduzir o risco de diabetes, o benefício é evidente cinco anos após o abandono.
- Cessaçãõ/diminuiçãõ do consumo de álcool.

2.5.- PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A quinta fase do planeamento é o capítulo mais importante de um programa de saúde, são as atividades destinadas a controlar o problema da saúde e que, de alguma forma, foram antecipadas nos objetivos. Em suma, um programa de saúde não passa de uma integração de um conjunto de atividades destinadas a atingir os objetivos propostos, com certos recursos.

Todas as atividades a realizar devem satisfazer os objetivos do programa; tipicamente cada objetivo se relaciona com uma ou mais atividades.

A fase de intervenção é, em suma, a fase em que as atividades, resultados esperados, recursos (materiais, físicos, humanos e económicos) necessários para a realização de cada atividade e como serão obtidos são especificados em detalhe, e será desenvolvido um Programa de Atividades (Imperatori & Giraldes, 1993), atividades enquadradas num espaço de tempo e, por vezes, sobrepostas umas às outras (Ver Apêndice IV: Cronograma de Gantt atualizado).

Nos quadros seguintes, deduzimos, de forma mais operacional as estratégias e as atividades inerentes: o quê, quem, quando, onde, como e o que precisamos, mostramo-las abaixo.

Estratégia 1. - Formação dos Profissionais

Como primeiro passo, temos de nos atualizar sobre o problema a tratar e envolver toda a equipa que compõe o ZBS, para poder formar e treinar, e deste modo, oferecer cuidados de qualidade aos doentes.

Quadro n.º 2: Estratégia n.º 1 – Formação de Profissionais

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
Pesquisa bibliográfica sobre DM e FRCV.	Enfermeira Consultório Villafranco del Guadiana	Setembro 2019 a Novembro 2019	Consultório Villafranco del Guadiana e Unidade de Ensino de Enfermagem Familiar e Comunitária e Morada domiciliária	Revisão da base de dados Dados bibliográficos	Consulta de enfermagem com computador com ligação à internet. Computador pessoal
Apresentação do estudo aos restantes profissionais do ZBS de Talavera La Real	Profissionais de saúde das ZBS (8 UBAs), pediátricos, farmacêutico e veterinário.	Dezembro de 2019	C.S. Talavera La Real	Método de Exposição	Sala de reuniões com computador e projetor.
Formação dos profissionais escolhidos em DM, FRCV e	4 enfermeiros ZBS 1 médico	Janeiro de 2020 a		Exposição e método demonstrativo.	Sala de reuniões. Computador e projetor com ligação à

Competências Sociais e de Comunicação	1 farmacêutico	Março de 2020	C.S. Talavera La Real	Dinâmica de grupo	internet. Material de ensino.
Elaboração de um questionário para a avaliação das sessões de formação.	4 enfermeiras ZBS e 1 médico 1 farmacêutico	Janeiro de 2020 a Março 2020	C.S. Talavera La Real e Unidade de Ensino de Enfermagem Familiar e Comunitária	Questionários	Sala de reuniões. Questionários
Divulgação do projeto fora e dentro da Área de Saúde de Badajoz.	Enfermeira que conduziu o estudo	Fevereiro 2021 a março 2021 (Pendentes de atividades remanescentes)	Saúde Badajoz.	Método de exibição e fazer dípticos informativos	Computador com projetor. Dípticos informativos.

Estratégia 2.- Implementação de medidas de controle dos doentes com DM2.

Na nossa intervenção, aos doentes já diagnosticados com diabetes devem ser prestados bons cuidados de saúde, fornecendo-lhes informações sobre a sua doença, ensinando-lhes as competências necessárias para gerir a sua doença e envolvê-los no plano de tratamento e para que tenham um autocontrolo da mesma, capacitando o paciente e envolvendo-os na sua doença.

Quadro n.º 3: *Estratégia n.º 2 – Implementação de medidas de controle dos doentes com DM2*

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
Controlos analíticos: GB, HbA1C, perfil lipídico e função renal.	Enfermeiro Villafranco e Doentes com DM2 de estudo	Semestrais ou trimestrais	Consulta de enfermagem Villafranco del Guadiana	Técnica de recolha de sangue.	Material analítico
Melhorar o Padrão Dietético e de Atividade Física.	Enfermeiro Villafranco e Doentes com DM2 de estudo	Trimestral	Consulta de enfermagem Villafranco del Guadiana	Entrevista motivacional.	Consulta de enfermagem Villafranco del Guadiana
Abordagem cessação tabágica	Enfermeira Villafranco e Doentes com DM2 a estudo e fumadores.	Trimestral	Consulta de enfermagem Villafranco del Guadiana	Entrevista motivacional.	Consulta de enfermagem Villafranco del Guadiana

Estratégia 3.- Atividades de rastreio DM2.

O teste de FINDRISC é uma das ferramentas mais simples e eficazes para detetar o risco de desenvolver DM2 e identificar pessoas com diabetes desconhecida (ver anexo V, Teste de Findrisc) (Quadro 4)

Quadro n.º 4 –Valores e Risco Teste FINDRISC

Total, escala de RISCO	Valor
Sob	0 – 7
Ligeiramente alto	8 – 11
Moderado	12 – 14
Alto	15 – 20
Muito alto	>20

Fonte: Própria, dados Teste FINDRISC

Quadro n.º 5 : Estratégia n.º 3 – Atividades de rastreio DM2

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
Despistagem Teste FINDRISC >35 anos sem DM2	Enfermeiro de Villafranco del Guadiana	Setembro 2019 a Setembro 2020	Consulta de Enfermagem Villafranco del Guadiana	Telefonemas. Teste Findrisk Quiz	Consulta de Enfermagem Telefone Computador
Análise do Paciente >14 no FINDRISC Teste	Enfermeira e Dr. do espaço Villafranco del Guadiana	Setembro 2019 a setembro20 20	Consultas Enfermagem e Doutor Villafranco del Guadiana	Técnica de extração de sangue	Material analítico
Intervenção em FRCV em doentes com valor >7 no teste FINDRISC	Enfermeira e Dr. do espaço Villafranco del Guadiana	Setembro 2019 a Setembro 2021	Consultas Enfermagem e Doutor Villafranco del Guadiana	Entrevista Motivacional	Consultas Enfermagem e Doutor Villafranco del Guadiana
			Consultas Enfermagem		Consultas Enfermagem

Inclusão de novos doentes com DM2	Enfermeira e Dr. do lugar de Villafranco del Guadiana	Setembro 2019 a setembro 2020	e Doutor Villafranco del Guadiana	Questionários	e Doutor Villafranco del Guadiana
-----------------------------------	---	-------------------------------	-----------------------------------	---------------	-----------------------------------

Estratégia 4. - Educação para a saúde da população em geral

Como última estratégia, apresentamos a intervenção à população, tanto com fatores de risco cardiovascular como com a população em geral, a nível individual e a nível coletivo através de palestras e sessões educativas escolares e na comunidade. (As sessões devido à pandemia são suspensas até vermos desenvolvimentos na situação que enfrentamos.)

Quadro n.º 6: Estratégia n.º 4 – Educação para a saúde da população em geral

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
Sessão de padrão dietético saudável	Enfermeira de Villafranco à População e Enfermeira Balboa / Guadajira	A determinar Mês de Outubro de 2020?	Salão de Município e/ou Escola infantil	Exposição e método demonstrativo. Dinâmica de grupo	Salões adequados. Computador com ligação à internet. Material pedagógico
Sessão de atividade física	Enfermeira de Villafranco à População e Enfermeira Balboa / Guadajira	A determinar Mês de Novembro de 2020?	Salão de Município e/ou Escola infantil	Exposição e método demonstrativo. Dinâmica de grupo	Salões adequados. Computador com ligação à internet. Material pedagógico

Vamos falar de tabaco!	Enfermeira de Villafranco à População e Enfermeira Balboa / Guadajira	A determinar Mês de Dezembro de 2020?	Salão de Município e/ou Escola infantil	Exposição e método demonstrativo. Dinâmica de grupo	Quartos adequados. Computador com ligação à internet. Material pedagógico
------------------------	---	---------------------------------------	---	---	---

2.5.1.- Determinação de Custos

De acordo com a Imperatori & Giraldes, a determinação dos custos é a soma das despesas com recursos humanos e materiais. Abaixo, apresentamos a tabela com os custos, mas custos que correspondem à realização da obra, se tiver sido necessário o uso extra de consumíveis foram comprados ou colocados pelo aluno do mestre (1993)

Quadro n.º 7: Custos do Projeto

Recursos	Descrição	Valores
Recursos Humanos	Enfermeira Consultório	1020,00
	Enfermeiros Zona	2040,00
Material de Apoio	Ordenador	800,00
	Projector	340,00
	Impressora	200,00
Material do Consumo	Folhas de papel A4	50,00
	1 Toner impressora	60,00
	Canetas	10,00
	Material analítico	2000,00
Custo Total		6520,00

2.6.- PLANEAMENTO DE MONITORIZAÇÃO / AVALIAÇÃO

Esta última fase do processo é onde avaliaremos através de indicadores a consecução e satisfação da realização dos objetivos propostos para a resolução dos problemas identificados; bem como as ameaças, fraquezas e problemas que encontrámos ao longo do caminho e que nos fizeram repensar as atividades e as ações.

O objetivo da avaliação é utilizar sistematicamente a experiência para melhorar uma atividade em curso e planeá-la de forma mais eficaz. Isto requer a determinação do valor das intervenções realizadas. Necessita de uma determinação cuidadosa das situações que conduzam a conclusões sensatas e a propostas úteis. Deve basear-se em informações relevantes, sensíveis e fáceis de obter. "Não vale a pena atingir graus de precisão em avaliações que, na prática, não serão utilizados na melhoria das atividades" (Imperatori & Giraldes, 1993)

É a evolução do projeto, onde comparamos e descobrimos se atingimos os objetivos definidos ou se temos de criar outras linhas de investigação com objetivos diferentes. Imperatori & Giraldes, afirma que "avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica um propósito operacional que é corrigir ou melhorar". (1993)

Um indicador é uma variável ou fator quantitativo ou qualitativo que fornece um meio simples e fiável de medir realizações, refletindo alterações ligadas a uma intervenção, ou ajudando a avaliar os resultados de um organismo de desenvolvimento (DAC, & OCDE, 2010)

Os indicadores são um meio de encontrar, estimar, valorizar, controlar e autorregular os resultados de um processo, a partir do qual vem a avaliação do projeto. Os indicadores devem ser avaliados numa base permanente e devem ser objetivos, mensuráveis, relevantes, específicos, simples, acessíveis, reais e razoáveis. "... numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores", através dos quais é possível conhecer a realidade e medir os resultados alcançados. (Imperatori & Giraldes, 1993)

Avedis Donabedian, 1966 estabelece esta classificação de indicadores (Donabedian, 1984):

- a. Estrutura: Medir recursos arquitetónicos (instalações), recursos materiais (equipamentos), e, finalmente, recursos humanos (nº e tipo): Acessibilidade e Disponibilidade.
- b. Processo: Medir aspetos qualitativos do processo de apoio ao serviço. Estes indicadores medem o funcionamento do serviço do ponto de vista organizacional e a qualidade dos processos: Atividades, Produtividade, Utilização e Utilização
- c. Resultado: Medir os resultados finais das atividades de cuidados. Por conseguinte, relatam a qualidade e capacidade técnica e de resolução do serviço, satisfação do utente e as consequências das intervenções de saúde: Cobertura, Eficiência, Eficiência e Eficácia.

Nesta última fase, ajuda a desenvolver a competência "Avaliar os programas e os projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19355)

Primeiro, vamos fazer um análise estratégico sintetizando fraquezas e forças, através da análise do SWOT/FAFO (Quadro 8). Observando as maiores dificuldades no curto espaço de tempo disponível nas visitas da enfermagem, devido à procura excessiva nas consultas (e neste momento a viver com o Covid, tentando adaptar estas consultas para servir a toda a população da melhor forma possível mas com a máxima segurança e ainda mais responsabilidade) e como é complicado mudar os hábitos estabelecidos durante anos. Tentando colmatar estas dificuldades com a formação de profissionais para prestar cuidados de qualidade e fácil acessibilidade ao sistema, o campo rural da enfermagem e medicina comunitária oferece aos profissionais de saúde maior credibilidade e acessibilidade aos utentes do sistema, oferecendo a oportunidade de os alcançar para tentar produzir as mudanças necessárias para reduzir os hábitos nocivos e fazê-los ter essas mudanças, todas suportadas pela importância que a aparência física assume no tempo atual com uma elevada procura por parte dos pacientes para consultas de perda de peso.

Quadro n.º 8: Análise SWOT



Fonte: Própria

No que diz respeito à avaliação, é importante referir que devido à situação de pandemia por COVID19, a maneira de atuar foi diferente, não se conseguindo realizar todas as ações e atividades que nos tínhamos proposto. Tentámos prestar cuidados e efetuar a monitorização dos doentes por telefone para prevenir mais contágios e respeitar assim toda esta situação, com exceção das urgências e problemas concretos que assistimos presencialmente na consulta. E, obviamente, as sessões de grupo (comunitárias, escolares) não puderam ser conduzidas pelo confinamento e distanciamento social. Tentaremos retomar as intervenções comunitárias e de grupos e ainda adaptar a forma de fazê-lo às novas tecnologias com webinar ou similar. Por tudo isso, os tempos de concretização dos objetivos foram alargados até 2021. Por agora é impossível poder concluir todas as intervenções, mas tentaremos encontrar uma solução num futuro próximo.

As metas podem ser definidos como "um objetivo temporal, espacial e quantitativamente dimensional. (Cohen & Franco, 1992) Por isso, "as meta expressam um nível de desempenho a atingir que deve ser dimensionado a partir dos indicadores" (Armijo, 2011).

Os indicadores de atividade, utilizados, para avaliar os objetivos específicos estabelecidos no projeto e as metas que definimos são os seguintes:

- **Objetivo 1:** Definir uma estratégia para melhorar o controlo dos doentes diagnosticados com diabetes, melhorando em 5% os seus controlos glicémicos e analíticos em 2 anos.

Indicador: N° doentes com resultados satisfatórios/Total de doentes no estudo x 100

Meta 1: Melhorar 5% de controlos dm2 > 35 anos

- **Objetivo 2:** Identificar doentes com diabetes, fazendo o teste FINDRISC, para identificar o maior número de doentes com mais de 35 anos que não estão ainda diagnosticados com diabetes ou pré-diabetes no momento atual (diagnóstico precoce da diabetes) até outubro de 2020.

- **Atividade 2.1:** Rastreio do Teste FINDRISC para o maior número de doentes com mais de 35 anos que não tenham diabetes ou pré-diabetes neste momento (diagnóstico precoce da diabetes) até outubro de 2020.

Indicador: N° doentes > 35 anos sem diabetes dx que vão ao consultório para fazer o Teste FINDRISC / Total de doentes > 35 anos sem diabetes dx x 100

Meta 2: Faça o teste FINDRISC a 50% dos maiores de 35 anos sem diagnóstico de diabetes.

- **Atividade 2.2:** Realização de análise sanguínea, para testes de GB e HbA1C, à população com mais de 35 anos sem diabetes que obteve uma taxa superior a 14 no teste FINDRISC, antes de outubro de 2020.

Indicador: N^a Analíticas / N^a Doentes Avaliação > 14 em TEST FINDRISC x 100

Meta 3: Executar 90% das análises de doentes em risco elevado de desenvolver DM2.

- **Atividade 2.3:** Intervenção sanitária em fatores de risco cardiovasculares modificáveis, para a população com mais de 35 anos sem diabetes, que obtiveram um índice superior a 7 no teste FINDRISC e não estão diagnosticados com DM2, para diminuir a taxa abaixo dos 7, em 30% dessa população, no prazo de 2 anos

Indicador: N^a doentes em risco > 7 testes FINDRISC assistem consulta individual de educação de saúde/ Total de doentes em risco > 7 FINDRISC x 100 teste

Meta 4: Reduzir em 30% a população em risco entre leve e alta, com baixo risco de sofrer de DM2.

- **Objetivo 3:** Melhorar o padrão de alimentação e atividade física de doentes sem diabetes, mas com fatores de risco cardiovascular (população de risco), em 2 anos.

Indicador: N° doentes resultados satisfatórios/ Total de doentes relatados e treinados x 100

Meta 5: Alcançar uma variação de 30% nessa população de risco.

- **Objetivo 4:** Educar famílias e informar a comunidade com o objetivo de alcançar estilos de vida saudáveis e reduzir ou eliminar fatores de risco cardiovascular, antes de Setembro de 2021 (enquanto se aguarda a pandemia de Covid-19).

Indicador: N° de doentes que foram treinados / N° total de doentes na população x 100

Meta 6: Conseguir que 50% das famílias treinadas adotem estilos de vida saudáveis.

- **Objetivo 5:** Desenvolver um protocolo de intervenção na escola e associações e comunidade sobre alimentação saudável e atividade física antes de Setembro de 2021(enquanto se aguarda a pandemia de Covid-19).

Indicador: N° profissionais formados do sector da educação e saúde / Total de professores e profissionais de saúde na Área x 100

Meta 7: Alcançar o projeto de protocolo de intervenção para a implementação do mesmo em 2021.

- **Objetivo 6:** Contribuir para a formação dos profissionais responsáveis pelas intervenções da diabetes e os seus fatores de risco da Zona Básica de Saúde de Talavera em cada uma das áreas de ação até março de 2020.

Indicador: N° profissionais treinado/n° total de profissionais da ZBS x 100

Meta 8: Garantir que 85% dos profissionais estão bem informados para realizar as intervenções necessárias.

A avaliação deste trabalho não será possível nos tempos estimados para diferentes causas, uma delas óbvia esta pandemia, Covid-19, que atingiu Espanha de uma forma devastadora, alterando a forma como trabalhamos nas nossas consultas de enfermagem; e, na verdade, mudando o nosso modo de vida. E a isto acrescentamos a exigência que temos, em Espanha, o ratio enfermeiro/doente é muito baixo e os dias são escassos para poder realizar todas as intervenções necessárias e desejáveis. Por esta razão, está pendente a avaliação e implementação de atividades coletivas para o futuro. Graficamente, a adaptação que tivemos de fazer é mostrada na Cronograma de Gantt (Apêndice IV).

Quanto às atividades que nos foi possível realizar:

- O projeto foi apresentado em sessão clínica, mas na ausência de sessões de formação, como havia sessões anteriores agendadas, e foram canceladas com o Covid e ainda estão canceladas.
- Os diabéticos já diagnosticados têm tido vários fatores negativos para obter melhores controlos, devido ao confinamento uma vez que não conseguiram andar, realizar exercício físico nos seus pátios. Agora voltaram a andar e estamos a recuperar o controlo das suas análises.
- Começamos com o rastreio precoce do diagnóstico de DM2 (só conseguimos atingir 40% da população com mais de 35 anos), realizando testes e análises se necessário para a sua pontuação obtida, com as consequentes recomendações na dieta e exercício. Realizamos testes 100% de HbA1C de pacientes já selecionados, com uma boa proporção de 0 diabéticos diagnosticados no rastreio. Mas com 90% de excesso de peso dos doentes rastreados, com os quais já procedemos à intervenção da educação para a saúde dos alimentos e do exercício.
- Nada foi realizado a nível coletivo, estas intervenções estão todas pendentes e, consequentemente, a ser avaliadas.

Aguardamos a reavaliação e, se for necessária, a reformulação o projeto, para tentar reduzir a incidência de DM2 na população de Villafranco e melhorar o seu padrão de alimentação e atividade física, com a consequente melhoria da qualidade de vida e saúde nos doentes desta população rural.

3.- ADQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO

CRÍTICA

O desenvolvimento deste projeto comunitário de intervenção em enfermagem tem contribuído para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, referenciado ao longo do trabalho; bem como o adquirido no Estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, desenvolvido na C.S. Suerte de Saavedra, um centro de saúde urbano na cidade de Badajoz, que decorreu entre 16 de Setembro de 2019 e 31 de Janeiro de 2020, sob a supervisão do especialista D. Samuel Bobadilla.

Este caminho de aprendizagem tem sido enriquecedor, e permite-nos refletir sobre a importância das competências de enfermagem, peso e a mudança de cuidados de enfermagem com base em evidência científica. Procurar a excelência na qualidade, adquirir conhecimento e desenvolver a aquisição e implementação das competências do enfermeiro especialista.

3.1.- COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

De acordo com o (Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, pág. 4745) os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes:

- a. Responsabilidade profissional, ética e legal
- b. Melhoria contínua da qualidade.
- c. Gestão dos cuidados.
- d. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e jurídica

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745)

Durante o estágio foi respeitado o Código de Ética e deontologia da Enfermagem, tratando todos os doentes com dignidade, respeitando a sua privacidade e direitos humanos, tendo sempre em consideração os aspetos legais e éticos na tomada de decisões, independentemente do sexo, raça, orientação sexual, ideologia ou crenças. O bairro de Suerte de Saavedra tem uma população marginal que é servida igualmente, com os mesmos direitos e com os mesmos deveres, comparativamente a outras populações menos desfavorecidas, sendo esta situação muito enriquecedora.

Tendo sempre em conta os 4 princípios da (Beauchamp & Childress, 2011):

1. Princípio da Autonomia: liberdade para decidir sobre os seus cuidados e autocuidados (consentimento informado)
2. Princípio Não-maleficência: obrigação de não infligir intencionalmente nenhum tipo de dano.
3. Princípio da Beneficência: prevenir ou eliminar danos e fazer o bem aos outros.
4. Princípio da Justiça: evitar desigualdades.

Todo o projeto foi realizado em conformidade com os aspetos éticos, sendo respeitados os a confidencialidade e o anonimato. A Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, foi um grande alicerce, orientando os profissionais a nível dos princípios éticos que acompanham a investigação. Falta ainda referir a aprovação do Código de Ética da Área de Saúde de Badajoz e o cumprimento pela correspondente Comissão de Ética de Portugal.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A competência do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
- b) Desenvolve praticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745)

O aluno assumiu o papel de líder na realização deste projeto de intervenção na diabetes, elaborando o diagnóstico de saúde, implementando intervenções e atividades, com a colaboração

e apoio do meu orientador e profissionais de saúde, com a subsequente incorporação de novos conhecimentos, garantindo a melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

Nestas práticas consegui assistir à intervenção comunitária nas escolas com a implementação de atividades relacionadas com alimentação saudável e estilos de vida, assim como de uma intervenção no ambiente com uma iniciativa de espaços sustentáveis com a criação de pomares urbanos como o lazer para adultos, e alunos.

Em síntese, procuramos a participação e colaboração de todos os intervenientes na comunidade, procurando alcançar a maioria deles, apesar das dificuldades e promover um ambiente gerador de saúde em todas as esferas do ser humano. A nossa atividade, como temos vindo a adquirir e a aprender, não são apenas técnicas, temos de promover um ambiente saudável, desde os cuidados ambientais, aos cuidados domiciliários de um doente terminal até à educação da população infantil da nossa comunidade. E toda esta atenção dada com a condição imprevisível de preservar a segurança do paciente com uma adequada gestão dos riscos, gerando um ambiente de saúde seguro.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745)

O orientador do Estágio, é membro da Comissão Comunitária da Suerte de Saavedra e também coordenador do EIR, Enfermeiro Residente na Comunitária em Espanha, pelo que aprender a gerir grupos tem sido muito valioso, para além da iniciativa de criação de atividades que possam ser úteis para o desenvolvimento de intervenções comunitárias como a desabitução tabágica. Frequentei um curso ministrado pelo meu orientador para ser formador de ajuda a cessação tabágica (devido à Covid) não conseguindo implementá-lo, ainda no terreno, mas com a perspetiva do desenvolvimento na minha Zona De Saúde Básica.

No projeto de intervenção da diabetes liderei com supervisão e motivação as funções de cada membro, relacionadas com as intervenções comunitárias podem ser implementadas.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745)

Ao longo deste mestrado e da nossa atividade profissional, ficamos conscientes da importância de uma prática baseada na evidência científica, para prestar cuidados de qualidade e excelência. A investigação, tão pouco valorizada pelos nossos representantes políticos, é essencial para promover a qualidade e o bem-estar. A enfermagem precisa investigar e ser vista, ter maior visibilidade, assumir mais conhecimento ajuda a melhorar o estabelecimento de relações interpessoais com outros profissionais, bem como com os doentes.

Na nossa profissão e na nossa especialidade estamos em constante relacionamento com as famílias e com a comunidade e as competências de comunicação e assertividade são fundamentais e podem ser adquiridas.

Ao longo deste ano, tive a sorte de estar perto da Equipa de Cuidados Paliativos de Badajoz, sorte porque têm uma empatia e um grau de conhecimento baseado na experiência e evidência com que sempre aprendes. Estabelecer uma relação profissional com a família de um doente terminal é muito satisfatório, porque estás a ajudar um paciente seu a ter uma boa morte, rodeado pelo carinho da sua família e sem qualquer encarnação terapêutica, e todo este processo pode ser realizado transmitindo a essa família o conhecimento baseado na ciência, o processo e, assim, tranquilizando-os nos maus momentos que os tocaram para viver e acompanhá-los nesse caminho. No que diz respeito a esta questão dos paliativos, é uma sorte poder desenvolver este compromisso numa zona rural, uma vez que os doentes e a confiança familiar na equipa de saúde que cuida deles promovem um melhor e mais assertivo desempenho.

3.2.- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, são:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (OE: Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19354)

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o aluno desenvolveu um projeto através do planeamento em saúde, realizando um diagnóstico de saúde, onde são identificadas as necessidades da população e os problemas, utilizando o modelo dos Determinantes da Saúde, chegando à conclusão que tudo está relacionado: ambiente, social, política, sociedade. Diversos estudos revelam que as pessoas com menos meios, têm uma dieta menos equilibrada, menos saudável, pouco tempo para se exercitarem, pois, têm outras preocupações e, portanto, são mais propensos a ter DM tipo 2. Foram priorizados os problemas viabilizados com possibilidades de intervenção comunitária, foram definidos os objetivos e desenvolveram-se as estratégias de implementação do projeto de redução de incidência da DM em Villafranco.

Novos desafios foram estabelecidos com a pandemia COVID19, métodos de aprendizagem alternativos e de validação de conhecimentos forma desenvolvidos. Individualmente nas consultas tentamos capacitar o indivíduo e responsabiliza-lo nas decisões relacionadas com sua doença. A educação para a saúde na consulta é fundamental de forma geral e na doença crónica e diabetes em particular.

Durante o estágio, participámos em reuniões com a comunidade com uma variedade de objetivos e intervenções: grupos de desabitação do tabaco: a responsabilidade do especialista em identificar, desenvolver e divulgar boas práticas, no seu intercâmbio (Regulamento n.º 348/2015.

2015, pp. 16481-16486); Criaram-se espaços de sensibilização sustentáveis: desenvolveram-se competências de coordenação, dinamização e participação em programas de intervenção na área da prevenção, proteção e promoção da saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19356); e atividades de diferentes tipos inerentes ao enfermeiro especialista nomeadamente "coordenar e promover a implementação e acompanhamento das atividades contidas nos programas de saúde que conduzem aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19356).

O trabalho realizado pode ser enquadrado tanto na Estratégia de Promoção e Prevenção da Saúde no SNS (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2012), como no contexto da abordagem à doença crónica no SNS; como na Estratégia de Diabetes do SNS (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2012), e no Portfólio de Serviços SES para Cuidados Primários em Cuidados Individuais e Familiares (Junta de Extremadura, 2007); bem como os objetivos do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015). Todos estes documentos comprovados e baseados em evidências têm como objetivos o controlo de patologias crónicas (diabetes no nosso caso), a prevenção e promoção da saúde e educação individual ou coletiva de saúde, onde todos os profissionais de saúde intervêm, com especial importância, o papel do enfermeiro especialista.

"Participar, em colaboração com outras instituições comunitárias e da rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigidos a grupos com maior vulnerabilidade" e "Intervir em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas que garantam o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, contínuos e ajustados" e "Colaboração no desenvolvimento de protocolos entre serviços de saúde e diferentes instituições comunitárias" (Regulamento n.º 348/2015, 2015, p.16482).

O trabalho final realizado baseou-se num estudo de prevalência da diabetes, onde obtivemos dados fiáveis, protegendo a privacidade dos pacientes. Demonstrando que o aluno é incentivado para realizar atividades de epidemiologia. No estudo descrevemos a população, com dados objetivos e rigorosos, com a criação da pirâmide populacional de Villafranco e a realização de uma investigação epidemiológica em prevalência. Além disso, com a pandemia mantemos um registo de pacientes que, epidemiologicamente, devem ser seguidos para prestar cuidados contínuos, seguros e confidenciais.

3.3.- COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
 - b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
 - c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
 - d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
 - e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.
- (Decreto-Lei n.º63/2016 de 13 setembro, 2016, p. 3174)

Em resposta ao presente artigo 15º (Decreto-Lei n.º63/2016 de 13 setembro, 2016), demonstra que o aluno adquiriu os conhecimentos e competências necessários para obter o grau de mestre; após a conclusão deste trabalho académico, elaborado com a metodologia de planeamento em saúde, com a realização de um diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de um projeto de intervenção na saúde.

Considero ter conseguido recolher as necessidades e identificar os problemas da comunidade, priorizando-as, de forma a criar uma intervenção comunitária e alcançar através de uma boa estratégia com as atividades e recursos adequados a realização dos objetivos definidos e a resolução de problemas e atender às necessidades da população.

Ao longo deste trabalho e do Estágio, temos vindo a avançar com base em evidências científicas, que o enfermeiro especialista é mais competente porque os cuidados de enfermagem requerem a união do conhecimento científico, a experiência adquirida através do trabalho diário e a gestão da informação, pelo que a enfermagem baseada em evidências proporciona segurança e capacidade crítica, reforçando as bases dos cuidados prestados

obtendo excelência dos mesmos. O enfermeiro deve atualizar-se com o estudo e leitura de bibliografia, publicações e todas as fontes disponíveis e credenciadas. E basear-se em teorias e modelos de enfermagem que nos farão ter um pensamento crítico e uma base para sustentar os cuidados a prestar.

Concluindo, como futuro enfermeiro especialista em Comunitária, focamo-nos no indivíduo, na família e na comunidade, porque a enfermagem Comunitária tem de ver a pessoa como um todo. A pessoa é o centro, mas a sua saúde e bem-estar são influenciados pelo ambiente, pela sociedade, pela família, pela economia, não podendo isolar estes fatores influenciadores do seu estado de saúde.

Não podemos esquecer a importância da epidemiologia e da investigação no nosso trabalho como enfermeiro especialista, porque com o seu estudo seremos capazes de resolver problemas com garantias e com evidência científica, para que a resolução de problemas seja viável. A enfermeira tem o dever de investigar e publicar como demonstrámos neste trabalho com o artigo sobre "Prevalência na diabetes tipo 2 em indivíduos com mais de 35 anos" e a investigação inerente ao mesmo e que pretendemos publicar para a divulgação do conhecimento. Pretende por outro lado ser um projeto maior e poder alargá-lo a outros problemas que temos detetado na comunidade, de forma implementar esta metodologia de projeto noutras áreas de saúde da Região.

4.- CONCLUSÃO

A diabetes, de acordo com a revisão bibliográfica que foi realizada para o desenvolvimento deste trabalho, assim como com base nas evidências científicas, é considerada uma das Pandemias do século que está intimamente ligada a outra, à Obesidade. Ambas as doenças estão relacionadas, motivo de preocupação para os investigadores, uma vez que as previsões e expectativas são nefastas. Isto que significa que, além de um grande problema de saúde para as populações, indica também uma perda significativa de tempo em consultas e um alto custo económico de saúde, conduzindo a uma deterioração da qualidade de vida dos pacientes. Neste sentido, é preciso um cuidado multidisciplinar, interdisciplinar e de qualidade.

Como futura enfermeira especialista, identificámos a necessidade de fazer um diagnóstico desta doença. Assim, iniciámos um estudo epidemiológico com o objetivo de verificar a situação da diabetes no centro em que desenvolvemos a nossa atividade profissional. O estudo incidiu na prevalência do DM2 em indivíduos com mais de 35 anos, colocando-a em 11,67% enquadrando os dados nos valores da prevalência da DM2 em Espanha. Relativamente às diferenças na prevalência de doenças com base no género, os dados apresentados pelo nosso estudo, estão de acordo com os estudos publicados em Espanha e no resto do mundo, isto é; a prevalência é maior nos homens e com idade mais avançada (maior esperança de vida, maior co morbilidade), igualando em ambos sexos nos maiores de 75 anos, fato que se explica, pela esperança de vida nas mulheres que é mais elevada. Dados que demonstram a necessidade de uma intervenção de enfermagem na promoção da qualidade dos cuidados à população adulta com patologias crónicas e à população idosa, para controlar a sua doença e oferecer as ferramentas para o "autocuidado" (Teoria do autocuidado de Dorothea Orem) melhorando a gestão da sua doença com o nosso apoio e aconselhamento.

Outros aspetos importantes que a literatura consultada reflete são, por exemplo, a existência de milhões de diabéticos em todo o mundo por diagnosticar e que esse atraso no seu diagnóstico, provoca complicações associadas à doença, que irremediavelmente leva a um pior prognóstico e a um gasto a nível dos recursos de saúde. Tendo esses dados em consideração, foram incluídos nos objetivos e estratégias da intervenção comunitária na localidade de Villafranco, uma procura ativa

de todos os doentes em risco, através da utilização das ferramentas disponíveis nas nossas consultas da Atenção/Cuidados Primária, como a realização do Teste FINDRISC para a população em risco e analítica de HbA1C aos doentes que apresentam alto risco de desenvolvimento de DM2. Dados que reportarão novos casos de doentes com diabetes ou pessoas consideradas de alto risco assim como pré-diabetes que precisam ser seguidos. Não foi identificado ao longo do período de estágio nenhum doente com diabetes, mas foi identificada uma alta percentagem de pré-diabetes.

O enfermeiro especialista em comunitária tem um papel relevante e crucial neste tipo de doentes, devido à sua proximidade e conhecimento e, através da Educação para a Saúde, seguindo o Modelo de Nola Pender "participação no favorecimento dos comportamentos de saúde", motivar a mudança de hábitos para melhorar o seu bem-estar.

Continuando com a intervenção de enfermagem nas mudanças de hábitos e, com particular interesse na obesidade, podemos considerá-la como um terreno fértil para a diabetes, mostrando a estreita relação entre o sobrepeso, obesidade, estilo de vida sedentário e diabetes tipo 2, e levando em consideração essa evidência, encontramos que, aproximadamente 87,5% dos adultos com diabetes têm excesso de peso ou são obesos, daí o termo atual "diabesidad". Quanto a esse aspeto, no nosso estudo da prevalência, observámos que 94% da população estudada tem excesso de peso e apenas 6% tem peso normal. Considerando estes dados alarmantes do ponto de vista da saúde, é necessário insistir assim no fortalecimento de hábitos de vida saudáveis, dieta mediterrânica baixa em calorias e gorduras não saudáveis para além do consumo mínimo de alimentos processados e refinados, incluindo a prática de atividade física mínima de 30 minutos por dia. Todos esses pontos de mudança de hábitos, que são fundamentais para atingir o objetivo estabelecido na nossa intervenção comunitária, além de transmiti-los individualmente em consultas, devemos estendê-lo à comunidade, às associações, às escolas e a outros profissionais de saúde e a outras áreas, como a educação. Desenvolver e promover hábitos salutogénicos na comunidade é uma das competências e habilidade que o enfermeiro especialista tem de adquirir. Não foi possível implementá-lo na totalidade, pela COVID19, mas assim que a situação o permitir o projeto avançará no terreno.

E igualmente importante mencionar, que a bibliografia consultada, relaciona a prevalência da diabetes aumentada nos países com rendimentos médio e baixo, mostrando que o status socioeconómico mais baixo tem pior controle sobre as doenças e apresenta mais fatores de risco.

Podemos incluir a nossa população nesse grupo desfavorecido. A afirmação anterior indica que não podemos cuidar do indivíduo sem o compreender e conhecer inserido no seu ambiente. O Modelo dos Determinantes Sociais explica como as desigualdades sociais na saúde são o resultado de interações com o meio ambiente. O enfermeiro especialista em comunitária, deve conhecer a realidade de cada doente, e é extremamente importante agir em grupos vulneráveis para obter o máximo de bem-estar possível, com a colaboração e coordenação de outros profissionais, como os assistentes sociais.

Finalmente, e para terminar este trabalho, podemos dizer que, a maneira mais viável e eficaz de combater essa pandemia, chamada diabetes, é sem dúvida trabalhar na prevenção do desenvolvimento do DM2, através do controle e da educação em saúde. Esta intervenção deve envolver todo o pessoal de saúde e ser coordenada com todos os níveis de cuidados, todas as autoridades e unidades de saúde. Todos devem participar na adoção de medidas para reduzir esses números alarmantes. A literatura consultada apoia que os cuidados à população diabética não podem ser dirigidos exclusivamente à administração de medicamentos antidiabéticos, mas são fundamentais e obtêm-se melhores resultados quando se gasta mais tempo na educação para a saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis, uma vez que a melhoria do controlo glicémico se baseia na participação ativa do doente no ensino-aprendizagem.

A Educação para a Saúde que devemos realizar nas nossas consultas, deve ser complementada pela educação dos pais, nas escolas, nas associações, nos meios de comunicação, direcionando-a não só para os doentes com diabetes, mas para toda a população: doente e saudável.

Mas, um dos papéis mais importante é desempenhado pela enfermeira especialista. O trabalho que desenvolve demonstra que está qualificado para a conceção de programas com base em evidências científicas, priorizando os problemas, determinando as necessidades e problemas a resolver; estabelecendo objetivos e estratégias para alcançá-los e avaliar todo o projeto de maneira rigorosa e autocrítica, com capacidade de liderança e cooperação e coordenação com os restantes profissionais.

Sempre haverá limitações e obstáculos, a procura e a falta de pessoal são uma delas. Outra das dificuldades é a falta de colaboração devido à saturação ou desmotivação dos outros profissionais com os quais se trabalha e que são necessários nas intervenções comunitárias. Atualmente em

Espanha há um grande descontentamento tanto no sector da saúde como no sector da educação com o governo, o que complica o envolvimento em qualquer atividade de promoção da saúde ou educação que seja extra. Mas o que nunca tivemos antes foi uma pandemia, chamada COVID19, que agora mudou a nossa maneira de trabalhar. Lamento não poder concluir o projeto no dia da entrega do trabalho, mas quero implementá-lo e que a população com a qual trabalho seja beneficiada. E poder continuar com o diagnóstico da situação na Zona Básica e na Área, diminuir a incidência de diabetes e obesidade na Área de Badajoz e que a população tenha um melhor nível de saúde.

Pessoalmente, depois de superar as unidades curriculares e o Estágio final, adquirindo competências, penso que tenho os conhecimentos necessários para o desempenho da enfermagem na especialidade da Comunitária e da Saúde Pública, prestando cuidados de excelência baseados em evidências científicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Torices, J. (2011). El siglo XIX. Los avances franceses en diabetes, esos grandes desconocidos. Historia de la Diabetes. *Diabetes Práctica*, 202-206.
- Álvarez Torices, J. (2011). La diabetes en el antiguo Egipto. Historia de la Diabetes. . *Diabetes práctica*, 99-102.
- Álvarez Torices, J. (2011). ¿Qué paso hasta el siglo XVI?. Historia de la Diabetes. *Diabetes Práctica*, 153-154.
- Álvarez Torices, J. (2012). Una nueva era en Diabetes. La Insulina. Historia de la Diabetes. *Diabetes Práctica*, 101-102.
- Álvarez Torices, J. (2012). Una vuelta al pasado. Los siglos XVII y XVIII. Historia de la Diabetes. *Diabetes Práctica*, 49-50.
- Ahlqvist, E., Storm, P., Käräjämäki, A., Martinell, M., Dorkhan, M., & Carlsson, A. (1 de March de 2018). Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *The Lancet: Diabetes & Endocrinology*, 361-369. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30051-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30051-2)
- Alianza X La Diabetes. (s.d.). *Alianza por la diabetes*. Disponível em: <https://www.alianzaporladiabetes.com/?tipo=pro>
- Alligood, M. R. (2018). Modelos y teorías en enfermería 9.^a ed. Em M. R. Alligood. Barcelona: Elsevier.
- American Diabetes Association. Standars of Medical Care in Diabetes - 2020. (january de 2020). *Diabetes Care*. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc20-Sint>

- Armijo, M. (2011). *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2011). *Principios de Ética Biomédica*. Retrieved from https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjDwo_D1qrqAhXnDGMBHdQ1Ce8QFjADegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fdialognet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6080122.pdf&usg=AOvVaw18ZC0sS226if6WAL5QOI8C
- Bradshaw, J. (1972). *Necesidades*. Obtido de Biblioteca virtual CLACSO. Retrieved from <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/n.pdf>
- Buchwald, H., Estok, R., Fahrbach, K., Banel, D., Jensen, M., & Pories, W. (march de 2009). Weight and Type 2 Diabetes after Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, 122, 248-265.
- Cohen, E., & Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI.
- DAC, & OCDE. (2010). *Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados*. Retrieved from <https://www.oecd.org/dac/evaluation/2754804.pdf>
- Decreto-Lei n.º63/2016 de 13 setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 176, pp. 3159-3191. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República*, 2.ª série - n.º 102. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
- DGS (2015). Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020. Eixo Estratégico Cidadania em Saúde. Lisboa: Gabinete Técnico do PNS, maio 2015. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

- Dominguez, S. (2013). *Enfermería basada en la evidencia*. Elsevier. Retrieved from :
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/enfermeria-basada-en-la-evidencia-ebe>
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*. La prensa médica mexicana.
- Einstein, A. (s.d.). *Grandes frases célebres de Albert Einstein*. Retrieved from:
<https://pt.brightspeedtech.com/2544-great-phrases-by-albert-einstein>
- Felix-Redondo, F., Fernandes-Berges, D., Perez, J., Zaro, M., Garcia, A., Lozano, L., . . . Tejero, V. (agosto de 2011). Prevalencia, detección, tratamiento y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en la población de Extremadura (España). *Estudio HERMEX. Atención Primaria*, 43(8), 426-434.
- Fundación redGDPS. (2018). *Guía de diabetes tipo 2 para clínicos*. Disponível em: Fundación redGDPS: https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/Guia%20DM2_web.pdf
- Fuster, V., & Ibañez, B. (Marzo de 2008). Actualización en diabetes y enfermedad cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 35-44. Retrieved from:
<https://www.revespcardiol.org/es-diabetes-enfermedad-cardiovascular-articulo-S1131358708735532?redirect=true>
- IDF Diabetes Atlas, 9th Edition. (2019). *IDF*. Retrieved from:
<https://diabetesatlas.org/en/resources/>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa.
- Junta de Extremadura, outubro de 2005 - *Prevención de la Obesidad y de la DM2*. Disponível em:
https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Prevención%20de%20la%20Obesidad%20y%20la%20DMT2.pdf

- Junta de Extremadura. (2007). *Cartera de Servicios de Atención Primaria: Atención al individuo y la familia*. Retrieved from: https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/saludpublica/CARTERA_DE_SERVICIOS_COMUNES_DE_SNS.pdf
- Key, B., Kohl, A.-K., Elflein, J., Puri-Mirza, A., Sapun, P., & Cherowbrier, J. (30 de Diciembre de 2016). *Diabetes: prevalencia y factores de riesgo asociados en España en 2016, por género*. Retrieved from: <https://es.statista.com/estadisticas/550772/prevalencia-de-la-diabetes-y-de-los-factores-de-riesgo-conexos-en-espana/>
- Lean, M., Leslie, W., Barnes, A., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., & Peters, C. (1 de may de 2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-years results of the DIRECT open-label, cluster-randomised trial. *THE LANCET: Diabetes & Endocrinology*, 7, 344-355.
- Ley 10/2001, de 28 de junho - Salud de Extremadura. *Boletín Oficial del Estado*. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-14418-consolidado.pdf>
- Manrique-Hurtado, H., Aro-Guardia, P., & Pinto-Valdivia, M. (2015). *Diabetes tipo 2 en niños: Serie de casos*. Retrieved from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n1/a02v26n1.pdf>
- Marriner, A., & Raile, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona: Mosly.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2010). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud*. Disponível em: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2012). *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud*. Disponível em:

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Disponível em: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Organização Mundial de Saúde (2016). *Acabar con la obesidad infantil*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=37D1A1C3CA0A4B53C4C3FC49DEEAD44A?sequence=1

Organização Mundial de Saúde (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Disponível em: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua1

Organização Mundial de Saúde (2020). *Diabetes - World Health Organization*. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Pender, N. (30 de mayo de 2011). *Heath Promotion Model Manual*. University of Michigan.

Pineault, R., & Daveluy, C. (1987). *La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. Barcelona: Masson,s.a.

Real Decreto 137/1984, de 26 de abril 1999 - Estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado*. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1984/BOE-A-1984-2574-consolidado.pdf>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diario da República, 2ª série, 26, 4744-4750*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Regulamento n.º 348/2015, de 19 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.^a série. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67540266>
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 julho - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 135. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Rodriguez Alcala, F., & Lopez de Castro, F. (2004). *Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud*. Retrieved from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwizucrDlarqAhUgDmMBHZmCAuAQFjABegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Findex.php%3Fp%3Drevista%26pRevista%3Dpdf-simple%26pii%3DS1138359304742987&usg=AOvVaw11EluRsOX8Ldfc70djHrXj>
- Soriano, J., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., & Anto, J. (14 de setembro de 2018). *La carga de enfermedad en España resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- Soriguer, F., Goday, A., Bosch-Comas, A., Bordiu, E., Calle-Pascual, A., & Carmena, R. (2011, outubro 11). *Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00125-011-2336-9>
- Watson, D. J. (s.d.). *Frases célebres de enfermería*. Retrieved from: <https://www.salusplay.com/blog/frases-celebres-enfermeria/>
- Wing, R. e. (11 de July de 2013). Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 145-154.

Zimmet, P. (2001). *Artículos & Blogs*. Disponível em: <https://g-se.com/diabetesidad-bp-R57cfb26e680c6>

APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo do Projeto de Intervenção Comunitária

TRABALHO DOCUMENTAL DO PROJETO FIM DO MESTRADO EM ENFERMAGEM.

1. Título e Resumo.

Diminuir a prevalência de diabetes tipo 2 em pessoas com mais de 35 anos em Villafranco del Guadiana.

O projeto a desenvolver na fase final deste Mestrado baseia-se no diagnóstico de saúde feito na vila de Villafranco del Guadiana, uma zona rural onde atualmente trabalho.

2. Antecedentes e justificação do estudo.

O meu trabalho foi feito há menos de um ano no Escritório de Villafranco del Guadiana como enfermeiro, um Consultório que pertence à Zona Básica de Saúde de Talavera la Real, na província de Badajoz.

Uma Zona Básica de Saúde Rural, que tem uma dispersão de aproximadamente 25 km, e uma população de 10.069 habitantes a partir de 1 de janeiro de 2019. Esta Zona Básica de Saúde é composta por um centro de saúde principal em Talavera La Real e cinco escritórios ligados a ele nas cidades de La Albuera, Alvarado, Balboa, Guadajira e Villafranco del Guadiana.

Nos cuidados primários, temos de fazer uma mudança na forma como os doentes são tratados, mostra-se que temos de investir na prevenção e na promoção, mas a procura dos utilizadores leva-nos a concentrar o nosso tempo de consulta na cura e na consulta a pedido. Temos de nos concentrar e tentar modificar as consultas para trabalhar mais na comunidade e na família e servir a população do grupo com mais atividades comunitárias, melhorar a saúde das atividades preventivas e promover estilos de vida saudáveis.

As nossas consultas têm uma grande procura de pessoas diabéticas, das quais ocupamos muito tempo e temos de tentar prevenir complicações e que estes doentes estão bem controlados

para a sua boa saúde e devido a esta grande procura destes pacientes consideramos este estudo, e aqui a justificação com estes dados:

Sabemos que a prevalência da diabetes entre as pessoas (20-79 anos) é de 8,8% (7,2%-11,3%): 8,4% nas mulheres e 9,1% nos homens em 2017; 10,2% das áreas urbanas e 6,2% das zonas rurais (ID F2017); Uma em cada 20 mortes é atribuída à diabetes; 8.700 mortes por dia; seis mortes a cada minuto. Estes números deverão mais do que duplicar até 2030. De acordo com as projeções da OMS, a diabetes será a sétima causa de morte até 2030. Em Espanha, o número de casos de diabetes aumenta 10% ao ano (OMS, FID 2017).

Estes dados apontam para uma abordagem à prevalência, diagnóstico precoce e prevenção da diabetes.

Uma vez que a prevalência desta doença não mudou em Espanha nos últimos anos e as previsões apontam para um aumento da diabetes tipo 2, temos realizado um estudo sobre a prevalência da diabetes tipo 2 em indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos em Villafranco del Guadiana.

Villafranco del Guadiana é uma vila com características rurais e 1496 habitantes.

O estudo foi **descritivo e transversal**. Do total de utilizadores registados, 116 são diabéticos. Destes, 10 são do tipo 1 e um diabético tipo 2 com menos de 35 anos que, por essa razão, não incluiu no estudo.

Analizou os dados encontrados com uma menor prevalência em comparação com o resto de Espanha, dados globais da população de 35 anos ou mais. Em Villafranco há uma prevalência de **11,67%**, sendo maior nos **homens (14,47%)** e as **mulheres** têm uma prevalência de **8,93%**, um valor como a média espanhola.

Tendo em conta estes dados e os problemas identificados, pretendemos desenvolver o nosso projeto nesta população, que abrange todos os níveis de prevenção: primário, secundário e terciário.

3. *Hipótese e Objetivos.*

O Objetivo **Geral** é diminuir a **prevalência de diabetes tipo 2 em 10%** das pessoas com mais de 35 anos na cidade de Villafranco até 2022.

Como Objetivos Específicos: **Específicos:**

1. Melhorar a dieta, a atividade física e o uso de tabaco em 40% da população estudada em 9 meses.
2. Conseguir bons controlos analíticos da glicose no sangue, função renal e perfil lipídico em 10% da população estudada antes do final de 2020.
3. Realizar o teste Findrisk (obesidade e prevalência de excesso de peso, com IMC e perímetro abdominal; padrão de atividade física e pressão arterial), em 50% da população com mais de 35 anos, não diabético, antes do final de 2019
4. Realizar testes para Glicada < 5,7%, para a população com mais de 35 anos, que obteve uma taxa superior a 14, de alto risco ou muito elevada, no teste Findrisk, antes do final de 2019.
5. Educar para a saúde sobre fatores de risco modificáveis para a população em que o teste Findrisk foi realizado com uma taxa > 7, um risco ligeiramente elevado, para 30% desta população pelo índice < 7, baixo risco, no prazo de 6 meses.
6. Formar os profissionais responsáveis pelas intervenções da diabetes e os seus fatores de risco na área de saúde básica da Talavera em cada uma das áreas de ação até junho de 2020.
7. Treine e informe a Comunidade para estilos de vida saudáveis até ao final de junho de 2020.

4. *Metodologia: Design, matérias de estudo, variáveis, recolha e análise de dados e limitações de estudo.*

O estudo é um estudo descritivo e transversal, que visa calcular a prevalência da diabetes tipo 2 em mais de 35 anos na cidade de Villafranco del Guadiana, Zona Básica de Saúde de Talavera La Real.

Do total de utilizadores registados, 116 são diabéticos. Destes, 10 são do tipo 1 e um diabético tipo 2 com menos de 35 anos que, por esta razão, não foi incluído no estudo.

Analisou os dados encontrados com uma menor prevalência em comparação com o resto de Espanha, dados globais da população de 35 anos ou mais. Em Villafranco há uma prevalência de **11,67%**, sendo maior nos **homens (14,475%)** e as **mulheres** têm uma prevalência de **8,93%**, um valor como a média espanhola.

Para a conceção deste estudo, os dados são extraídos do software de gestão de cuidados clínicos do Serviço Extremo de Saúde (Jara), a base de dados, onde todos os dados relacionados com a saúde do paciente (sinais vitais, dados antropométricos, dados socioeconómicos e dados relativos ao seu estado de saúde) são despejados.

Os doentes devem estar registados na Civitas para obter os dados, atualizar os que são necessários tanto nos serviços como nos serviços.

Chamada para realizar o teste Findrisk aos pacientes que não vêm à consulta porque não têm qualquer patologia crónica para a qual não vão ao gabinete de enfermagem e obtêm os dados e testes necessários.

Contacto com associações e escolas para promover estilos de vida saudáveis.

Limitações do estudo em todo o tempo que temos.

Com o desenvolvimento do projeto pretendemos melhorar estilos de vida, reduzir fatores de risco e complicações de diabéticos diagnosticados, diagnosticar diabéticos tipo 2 a tempo com o teste Findrisk e diminuir a prevalência da doença em 2 anos. E porque não no futuro ser capaz de fazer um diagnóstico de saúde da Zona Básica de Talavera La Real.

A avaliação será realizada através dos indicadores de atividade ou execução definidos em relação aos objetivos específicos O resultado será satisfatório se conseguirmos alcançar o Objetivo Geral e os Objetivos Específicos.

5. Componentes da equipa de investigação, incluindo o resumo da história

científica do grupo.

O projeto será desenvolvido por mim, Doña Eva María Bueno Flores, enfermeira da equipa de cuidados primários da C.S. Talavera La Real, escritório de Villafranco. Tenho uma história científica vaga, muita formação pós-graduada de cursos, sendo monitorizado o suporte básico e avançado de vida, mas só tenho vários cartazes em algumas conferências de enfermagem.

Como guia do projeto, a Professora Doña Filomena Martins, professora do Instituto Politécnico de Portalegre, que tem uma grande formação pós-graduada e publicações.

6. Plano de trabalho: Fases de desenvolvimento e distribuição de tarefas de toda a equipa de investigação com informações sobre a duração das tarefas e o local de conclusão.

Estratégias de intervenção

1. Investigação bibliográfica sobre diabetes, fatores de risco, estilo saudável e modificável, comportamentos aditivos.
2. Formação de profissionais.
3. Motivação para a realização, por todos os profissionais, do teste Findrisk.
4. Apresentação do projeto na sessão clínica, para a formação de um grupo para a realização de sessões de educação comunitária.
5. Formação de profissionais selecionados para conferências de educação em saúde: na doença e na comunicação, de forma a chegar aos doentes e produzir hábitos de vida.
6. Educação para a saúde na população para promover:
 - Dieta saudável
 - Exercício regular: mais de 30 minutos/dia ou mais de quatro horas/semana
 - Cessaçã/diminuição do consumo de álcool
7. Preparação de um questionário para a avaliação das sessões.
8. Divulgação do projeto à área da saúde e a nível nacional: congressos, cartazes, comunicações.
9. Propor a realização de um diagnóstico de saúde da área básica de Talavera la Real.

Cronograma

ACTIVIDADES	jun-19	jul-19	ago-19	sept-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sept-20	oct-20	nov-20	dic-20	
Búsqueda bibliográfica sobre diabetes, factores de riesgo, hábitos saludables y modificables y hábitos tóxicos																				
Realización Test de Findrisk en Villafranco y Cribado de diabetes tipo 2																				
Formación de los profesionales, animándoles a no darse por vencidos, pequeños cambios que consigamos son grandes victorias																				
Ralización Test de Findrisk por todos los profesionales																				
Presentación del proyecto en sesión clínica para formar un grupo para dar sesiones educación cunitaria																				
Formación de los profesionales seleccionados para educación sanitaria en la comunidad: en enfermedad y comunicación																				
Capacitación de la población en hábitos saludables																				
Elaboración de un cuestionario para la evaluación de las sesiones																				
Divulgación del proyecto en el Área de Salud y a nivel Nacional																				

Apêndice II – Artigo científico: Prevalência de diabetes tipo 2 em nos indivíduos com mais de 35 anos de idade na cidade de Villafranco del Guadiana

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



3º Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Artigo Científico

DIABETES TIPO 2 EM DOENTES COM MAIS DE 35 ANOS NA POPULAÇÃO DE VILAFRANCO DEL GUADIANA.

Eva María Bueno Flores – Enfermeira, Servicio Extremenho de Salud, Consultório de Villafranco del Guadiana

JANEIRO 2020

Artigo científico

Apresentação

Título do artigo

Prevalência de diabetes tipo 2 em nos indivíduos com mais de 35 anos de idade na cidade de Villafranco del Guadiana.

Revista preferida

Index Enfermagem

Autor

Nome: Eva María

Sobrenomes: Bueno Flores

Enfermeira da Consultório de Villafranco del Guadiana

Estudante da Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

Endereço: C/ Corte de Peleas, 104-5J

Telefone: +34 666532510

Correio: evabueflo@gmail.com/ evamaria.bueno@salud-juntaex.es

Trabalho

Consultório de Villafranco del Guadiana, EAP da C.S. Talavera la Real. Área de Saúde de Badajoz. Serviço de Saúde Extremo.

Endereço: C/ Iglesia S/N, 06195 // C/ Bolívia nº 1, CP: 06140

Cidade/País: Villafranco del Guadiana // Talavera La Real. Badajoz, Espanha

Resumo

Objetivos: Diminuir a prevalência de diabetes tipo 2 nos indivíduos com mais de 35 anos de idade na cidade de Villafranco del Guadiana até 2022.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e transversal, no consultório de Villafranco del Guadiana na atenção primária, sobre o total de pacientes diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2 e mais de 35 anos, 106 (65 homens e 41 mulheres) na população de Villafranco del Guadiana.

Os dados foram coletados de sua história médica eletrônica e da base de dados do sistema de computador do Serviço de Saúde Extremeño: Jara.

Resultados: A prevalência de diabetes mellitus tipo 2 em mais de 35 anos, na cidade de Villafranco del Guadiana é de 11,67%, sendo capaz de encontrar diferenças ao estratificar a população de acordo com o sexo, aumentando a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 no sexo **masculino** para **14,47%** e diminuindo no sexo **feminino** até **8,93%**. Dentro das faixas etárias, temos um aumento alarmante a partir dos **65 anos**, com prevalência de **30,24%**. Quanto à relação estabelecida entre diabetes **mellitus e obesidade**, note-se que **94%** dos diabéticos do tipo 2 com mais de 35 anos de idade têm excesso de peso, índice de massa corporal maior a **25**. No que diz respeito à relação entre diabetes e o nível de estudos, os resultados obtidos, dizem-nos que **80%** dos diabéticos do tipo 2 ao longo de 35 anos não têm estudos, **18%** estudos primários e apenas **2%** estudos médios.

Conclusão: A prevalência de diabetes tipo 2 na localidade de Villafranco em indivíduos com mais de 35 anos assemelha-se aos valores obtidos no resto da Espanha. Pode-se dizer que a alta taxa de diabéticos do tipo 2 está relacionada, entre outros fatores, ao excesso de peso e à baixa escolaridade. Seria necessário realizar atividades educativas com a população para o trabalho de hábitos de vida saudáveis, a fim de diminuir esses níveis de prevalência e prevenir a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes, Prevalência, Enfermagem Comunitária, Intervenções, Estilos de vida saudáveis e modificáveis.

Abstract

Objectives: Decrease the prevalence of type 2 diabetes in the population over 35 years of Villafranco del Guadiana before 2022.

Methods: Observational, descriptive and transversal study, in the office of Villafranco del Guadiana in primary care, on the total patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus and over 35 years, 106 (65 men and 45 women) in the population of Villafranco del Guadiana. The data were collected from his electronic medical history and the computer system database of the Extreme Health Service: Jara.

Results: The prevalence of type 2 diabetes mellitus in people over 35 years, in the town of Villafranco del Guadiana is **11.67%**, being able to find differences when stratifying the population according to sex, increasing the prevalence of type 2 diabetes mellitus in the **male** sex to **14.47%**

and decreasing in the **female** sex to **8.93%**. Within the age ranges, we have an alarming increase **from the age of 65** with a prevalence of **30.24%**. As for the established relationship between diabetes **mellitus and obesity**, note that **94%** of type 2 diabetics over 35 years of age have excess weight, body mass index greater than **25**. As far as the relationship between diabetes and level of studies is concerned, the results obtained, tell us that **80%** of type 2 diabetics over 35 years do not have any studies, **18%** primary studies and only **2%** average studies.

Conclusion: The prevalence of type 2 diabetes in the locality of Villafranco in individuals over 35 years closely resembles the values obtained in the rest of Spain. It can be said that the high rate of type 2 diabetics is related among other factors, to overweight and low education. It would be necessary to carry out educational activities with the population to work healthy lifestyle habits in order to decrease these levels of prevalence and prevent disease progression and improve quality of life.

Keywords: Diabetes, Prevalence, Community Nursing, Interventions, Healthy and Modifiable Lifestyles

Introdução

Diabetes mellitus é uma doença metabólica crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não usa efetivamente a insulina que produz. (OMS, 2018)

Caracteriza-se por níveis elevados de glicemia; uma falha na produção de insulina, a ação da insulina, ou ambos gerando um aumento nos níveis de glicose no sangue, hiperglicemia, que, se não adequadamente controlada, a longo prazo pode causar alterações em vários órgãos, principalmente rins, coração, nervos, vasos sanguíneos e olhos. (ADA, 2019)

Sua classificação permanece tradicional, podendo diferenciar quatro grandes grupos, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e tipos inespecíficos de diabetes mellitus devido a outras causas. (ADA, 2019) (redGDPS, 2019)

Para fazer o diagnóstico de diabetes, alguns dos seguintes critérios devem ser atendidos, presença de HbA1c > ou igual a 6,5%, glicemia basal de jejum > ou igual a 126 mg/dl ou glicemia em duas horas do teste oral de tolerância à glicose com 75 gramas de glicose > ou igual a 200 mg/dl. Todos esses testes devem ser repetidos duas vezes, exceto se houver sinais inequívocos de diabetes tipo 2, caso em que uma glicose no sangue aleatória > ou igual a 200 mg/dl seria considerada suficiente para estabelecer o diagnóstico da doença. (ADA, Secardiology, 2017)

Há 425 milhões de pessoas no mundo, com prevalência da doença entre as idades de 20 e 79 de 8,8%, aumentando em homens (9,1%) em relação às mulheres (8,4%), observando diferenças na área de residência, atingindo 10,2% nas áreas urbanas, atingindo 6,2% nas áreas rurais. (IDF, 2017)

Estes são certamente dados alarmantes, mas as previsões são ainda piores, e de acordo com a OMS, (Organização Mundial de Saúde [OMS]. Diabetes - World Health Organization, 2020) estima-se que até 2030 os casos de diabetes vão dobrar e esta será a sétima principal causa de morte no mundo. Os pacientes diabéticos do tipo 2 têm um risco 15% maior de mortalidade por todas as causas, dobrando essa probabilidade em diabéticos jovens.

Entre 85% e 95% dos casos de diabetes em todo o mundo, diabetes tipo 2, (AlianzaXDiabetes, 2019) revelando a evidência científica de que esse aumento no número de casos de diabetes tipo 2 está relacionado principalmente ao estilo de vida das pessoas (fatores modificáveis) e principalmente relacionado ao excesso de peso, cunhando um novo termo, o termo "diabesidad" (cunhado por Paul Zimmet em 2011), 85% das pessoas com diabetes tipo 2 têm excesso de peso, poderia ser considerar a epidemia do século 21. (Coração, 2019)

A WHO Global Reports, a Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde [OMS]Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004) e as últimas atualizações da ADA 2019 (ADA, 2019), garantem que a diabetes tipo 1 não é evitável, a diferença da diabetes tipo 2, sobre a qual podemos agir para prevenir e/ou atrasá-lo por meio de programas de educação em saúde e programas de prevenção e promoção de saúde, que no caso da diabetes (e na maioria das doenças não transmissíveis) serão direcionados basicamente para obter uma mudança de estilo de vida. Além disso, neste momento, há evidências que confirmam que as mudanças sustentadas no estilo de vida na dieta e na prática da atividade física com redução de peso para Normoweight, pode reduzir o risco de desenvolver diabetes tipo 2. (OMS, 2016)

O principal objetivo do nosso estudo é diminuir a prevalência de diabetes tipo 2 nos indivíduos com mais de 35 anos de idade na cidade de Villafranco del Guadiana até 2022. Definindo como objetivos secundários, intervir sobre os fatores de risco como má alimentação, sedentarismo e hábito de fumar, principalmente, para melhorar a qualidade de vida, reduzindo o início das complicações associadas à doença e prevenção do surgimento de novos casos da doença no restante

da população do nossa área básica de saúde e ao diagnóstico precoce de diabetes, especialmente na população em risco.

Materiais e métodos

O presente é um estudo observacional, descritivo e transversal realizado sobre o número total de pacientes com mais de 35 anos ligados ao Consultório do Villafranco del Guadiana (atenção primária).

A cidade de Villafranco del Guadiana, é uma população rural composta por uma população censitária de 1496 indivíduos (Censo da Prefeitura de Badajoz, 22 de outubro de 2019) e fica a 12,7 km da principal população urbana da área, Badajoz.

Intervalos de edad	Hombres			Mujeres				Total		
	Número	% T.	% Edad	% T. hombres	Número	% T.	% Edad	% T. mujeres	Número	% T. hab.
000 - 004	31	2,07	46,27	4,18	36	2,41	53,73	4,77	67	4,48
005 - 009	42	2,81	53,16	5,66	37	2,47	46,84	4,91	79	5,28
010 - 014	49	3,28	52,69	6,90	44	2,94	47,31	5,84	93	6,22
015 - 019	36	2,41	40,91	4,85	52	3,48	59,09	6,90	88	5,88
020 - 024	37	2,47	54,41	4,99	31	2,07	45,59	4,11	68	4,55
025 - 029	51	3,41	52,58	6,87	45	3,07	47,42	6,10	97	6,48
030 - 034	47	3,14	48,96	6,33	49	3,28	51,04	6,50	96	6,42
035 - 039	49	3,28	46,67	6,60	56	3,74	53,33	7,43	105	7,02
040 - 044	58	3,88	51,79	7,82	67	4,48	51,94	8,89	129	8,62
045 - 049	50	3,34	48,08	6,74	54	3,61	48,21	7,16	112	7,49
050 - 054	58	3,88	53,70	7,82	50	3,34	46,30	6,63	108	7,22
055 - 059	55	3,68	53,92	7,41	47	3,14	46,08	6,23	102	6,82
060 - 064	39	2,61	54,93	5,26	32	2,14	45,07	4,24	71	4,75
065 - 069	43	2,87	47,78	5,80	47	3,14	52,22	6,23	90	6,02
070 - 074	19	1,27	44,19	2,56	24	1,60	55,81	3,18	43	2,87
075 - 079	9	0,60	42,86	1,21	12	0,80	57,14	1,59	21	1,40
080 - 084	6	0,40	40,00	0,81	9	0,60	60,00	1,19	15	1,00
085 - 089	1	0,07	14,29	0,13	6	0,40	85,71	0,80	7	0,47
090 - 094	0	0,00	0,00	0,00	1	0,07	100,00	0,13	1	0,07
095 - 099	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00
≥= 100	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00
TOTALES	742	49,80			754	50,40			1.496	100,00
TOTAL MUNICIPIO	742				754				1.496	

Câmara Municipal de Badajoz, 22 de outubro de 2019

De fato, trata-se de uma população rural com um baixo nível sociocultural, que vive principalmente da agricultura e duas empresas que fabricam alimentos enlatados e congelamento de alimentos. Note-se neste momento que, precisamente graças à presença dessas empresas na cidade, é uma população que não migrou para a cidade, também ajudado pela proximidade com a capital, como mencionamos acima, está localizado a apenas 12,7 km de distância.

Quanto às características demográficas da população, podemos dizer, que é uma população em envelhecimento, mas com um aumento na população jovem e infantil (Figura 1).

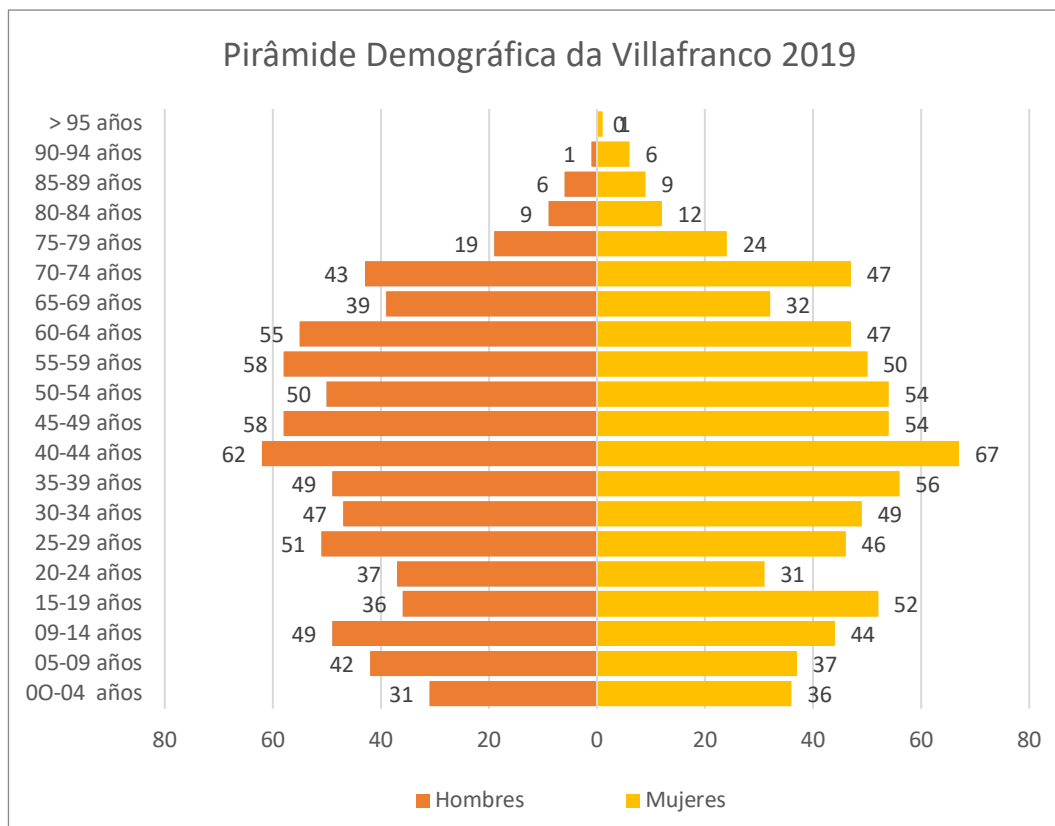


Figura1: Pirâmide demográfica da Villafranco del Guadiana a partir de 22 de outubro de 2019 (Fonte Própria)

Quanto à população em estudo, são os habitantes da cidade com mais de 35 anos e que estão ligados à Unidade básica de Assistência de Villafranco del Guadiana, atendendo a esses critérios um total de 908, os habitantes com mais de 35 anos exposição em 449 homens e 459 mulheres: 49,44% homens e 50,56% mulheres.

A seleção de participantes do estudo foi feita através da pesquisa da história médica eletrônica do Sistema Computacional do Serviço de Saúde Extremeño: Jara, que inclui dados sociodemográficos e dados relativos à saúde dos indivíduos, Entre os quais destacamos, por exemplo: dados antropométricos e dados analíticos (menos de 6 meses: como: glicemia plasmática e hemoglobina glicosilada).

Para identificar corretamente os sujeitos a incluir no estudo, foi necessário que esses doentes tivessem identificado esse problema de saúde e que fossem incluídos no Programa de Saúde do Diabetes.

Desta forma, foram selecionados um total de 116 doentes diabéticos diagnosticados na população em estudo.

A coleta dos dados foi realizada de 1º de setembro a 10 de dezembro de 2019, por meio do Banco de Dados do Serviço de Saúde Extremeño.

Do total de pacientes diabéticos inicialmente selecionados, 10 pacientes que não atenderam aos requisitos a serem incluídos no estudo foram excluídos; 9 deles por ser diabético tipo 1, e o paciente restante, como paciente diabético tipo 2 aos 24 anos de idade (Figura 2).



Figura 2: Distribuição de diabéticos de Villafranco del Guadiana em 2019 (Fonte própria)

Levando em conta os pacientes **excluídos** do estudo, a amostra final equivale a um total de **106 indivíduos diabéticos do tipo 2 e mais de 35 anos**, 65 dos quais são homens e 41 mulheres, traduzidos como percentual é de 39% mulheres com diabetes e 61% do sexo masculino (Figura 3 e 4).

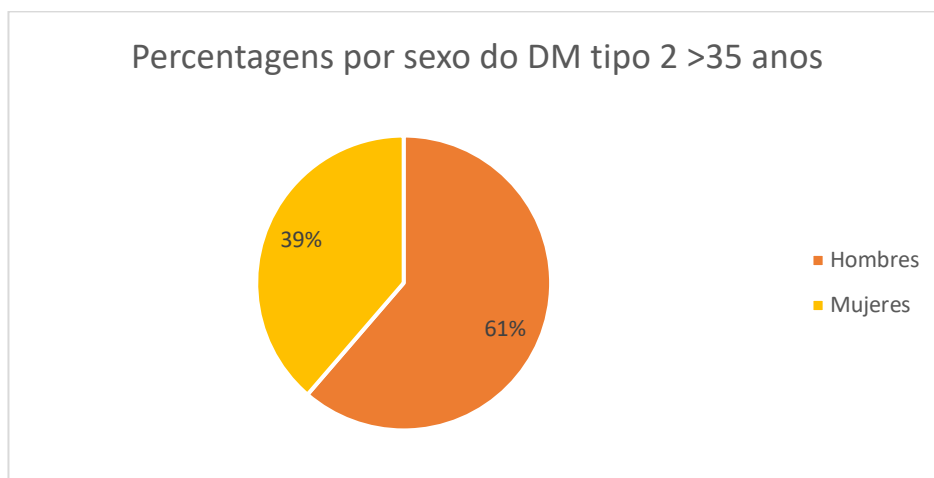


Figura 3: Percentagens dependendo do sexo do dm tipo 2 > 35 anos em Villafranco em 2019 (Fonte própria)

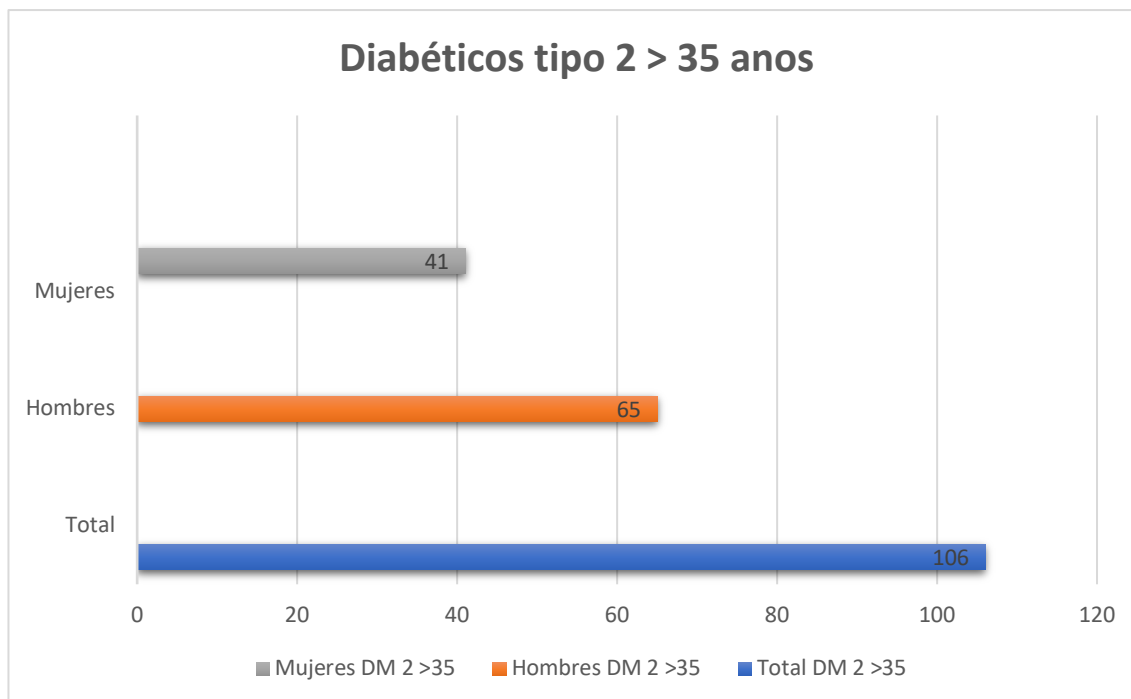


Figura 4: Pessoas com DM tipo 2 > 35 anos no total e de acordo com o sexo em Villafranco del Guadiana em 2019 (Fonte própria)

O seguinte é o detalhe da distribuição da amostra (Figura 5):

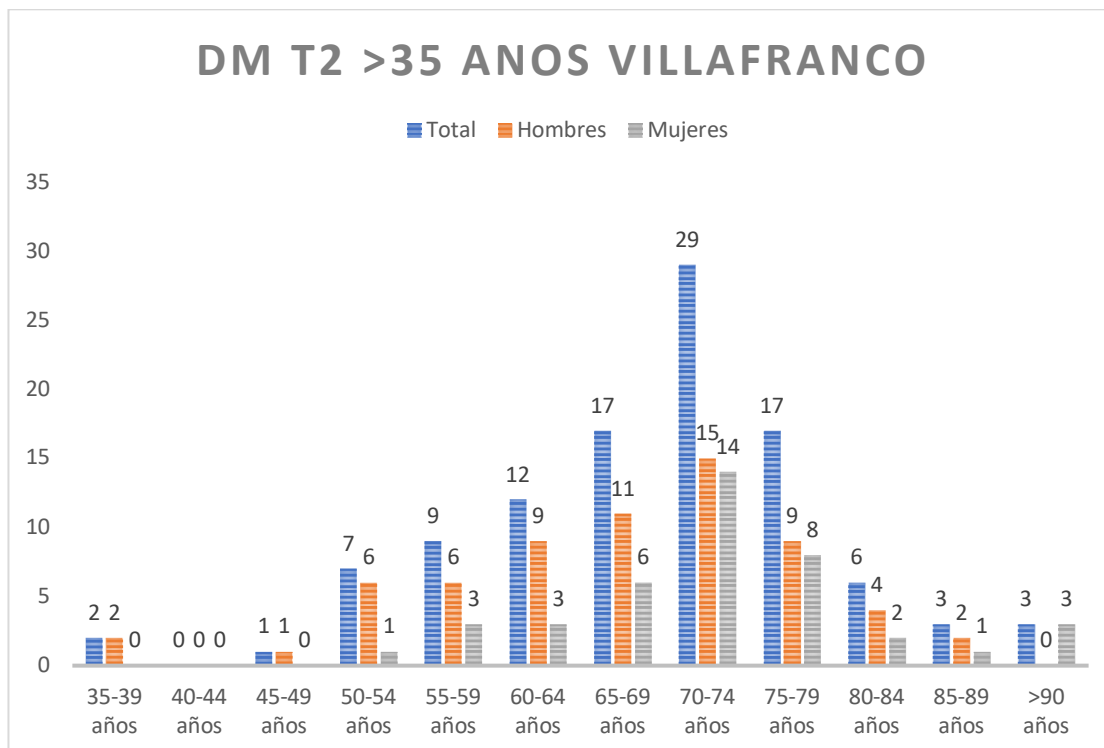


Figura 5: Distribuição diabética tipo 2 > 35 anos por sexo e faixa etária de Villafranco del Guadiana em 2019 (Fonte própria)

Com base nos dados antropométricos, a distribuição da amostra de acordo com o índice de massa corporal dos indivíduos incluídos no estudo, nos dá uma percentagem de 94% diabéticos do tipo 2 com excesso de peso, deixando a amostra da seguinte forma (Figura 6):

- 18,5-24,99 → Normopeso: 6
- 25-29,9 Excesso de → peso ou pré-obesidade: 50
- 30-34,99 → Obesidade Tipo I: 31
- 35-40 → Obesidade Tipo II: 16
- >40 → Obesidade III ou Mórbida: 3

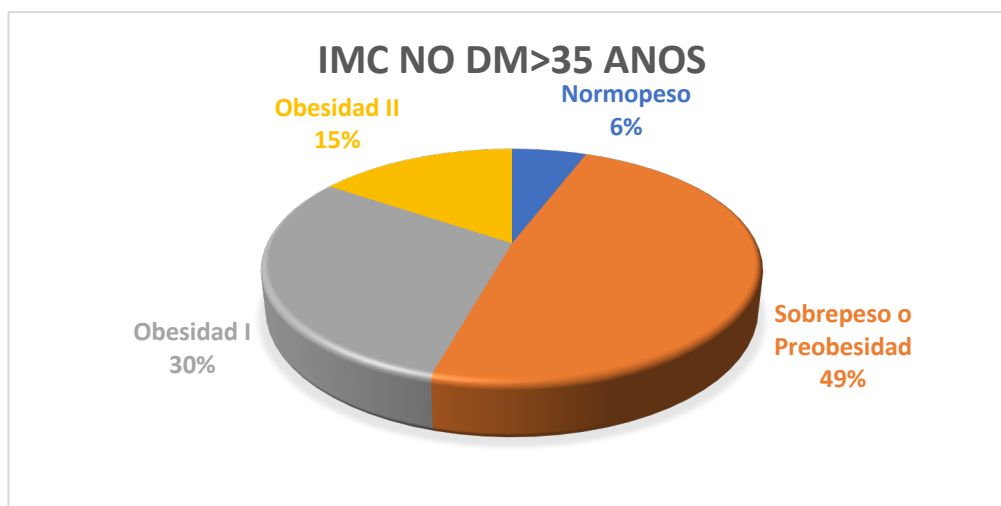


Figura 6: Percentagens de IMC do tipo 2 > 35 anos em Villafranco del Guadiana em 2019 (Fonte própria)

Em relação ao nível de estudos dos pacientes incluídos no estudo, obtivemos os seguintes dados:

- Sem Estudos: 80%
- Primária: 18%
- Mídia: 2%
- Superior: 0%
- Resultado

Os principais dados que obtivemos em relação ao estudo inicial colocados mostram que a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 em mais de 35 anos, na cidade de Villafranco del Guadiana é de **11,67%**.

$$P = \frac{\text{Não diabéticos tipo 2 >35 anos.} \quad 106 \text{ diabéticos tipo 2 >35 anos}}{\text{-----} \times 100 \text{ -----} \times 100} = 11,67\%$$

População total >35 anos

908 habitantes > 35 anos

Dado o cálculo da prevalência de acordo com o sexo, encontramos diferenças importantes, que é que, enquanto nos homens a prevalência de diabetes tipo 2 é de **14,47%**, em mulheres é de **8,93%** (Figura 7).

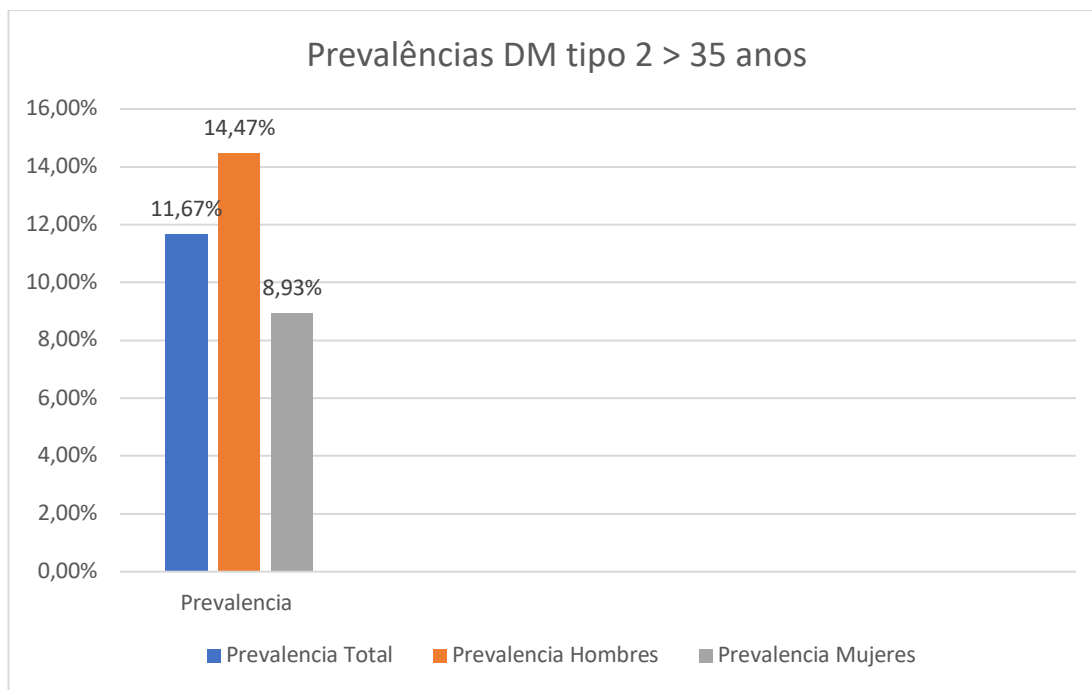


Figura 7: Prevalência do DM tipo 2 >35 anos no total e sexo em Villafranco del Guadiana em 2019 (Fonte própria)

Dado significativo a salientar é que a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 em mais de **65 anos** de idade é de **30,24%** (Figura 8):

- 35 a 64 anos → 24 homens e 7 mulheres // Prevalência: $31/660 \times 100 = 4,69\%$
Homens: $24/332 \times 100 = 7,22\%$
Mulheres: $7/328 \times 100 = 2,13\%$
- >65 anos → 41 homens e 34 mulheres // Prevalência: $75/248 \times 100 = 30,24\%$
Homens: $41/117 \times 100 = 35,04\%$
Mulheres: $34/131 \times 100 = 25,95\%$

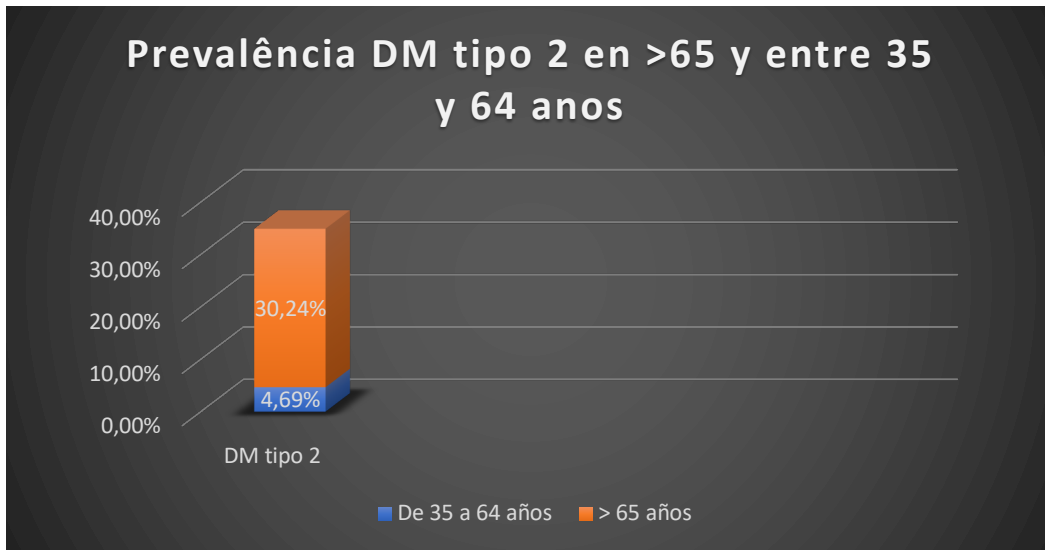


Figura 8: Prevalência por faixas etárias > 65 anos e entre 35 e 64 anos em Villafranco del Guadiana em 2019 (Fonte própria)

A distribuição por faixa etária e de gênero foi a seguinte (Figura 9):

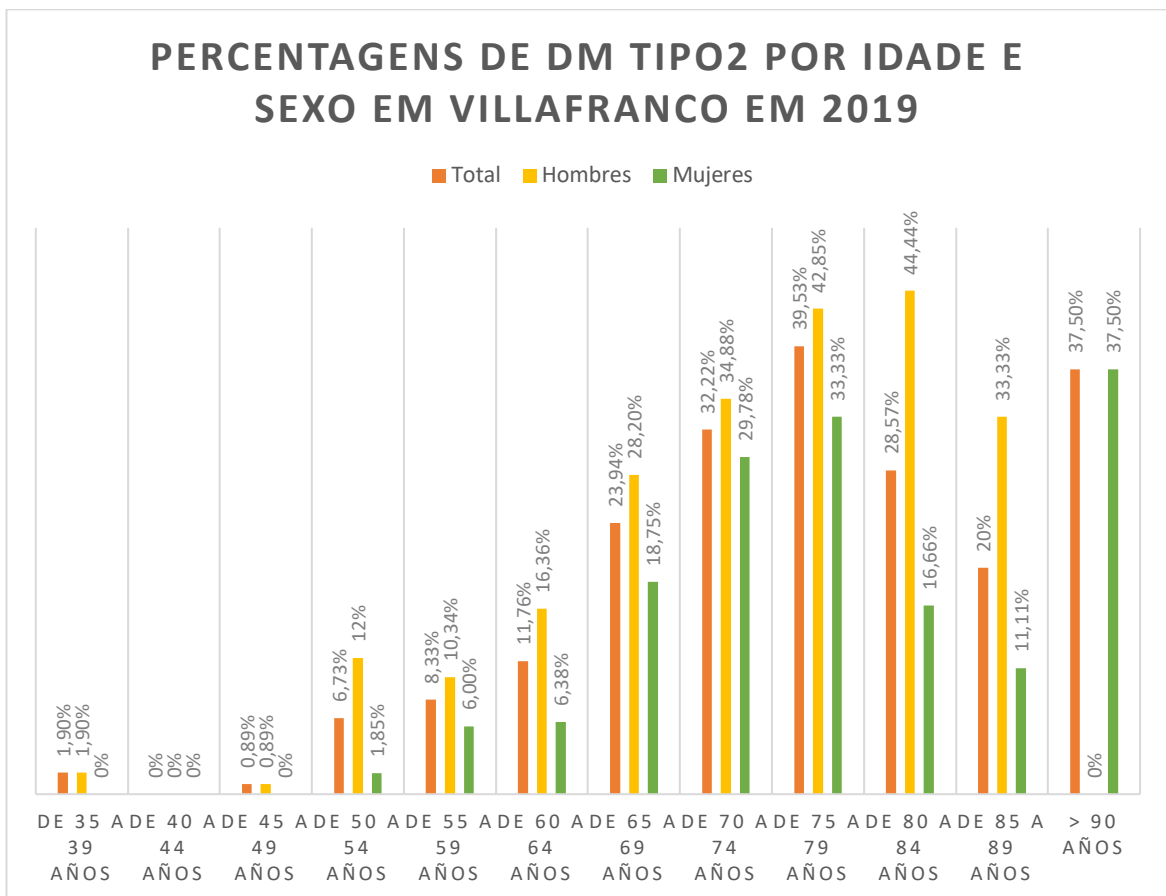


Figura 9: Percentagens de prevalência de dm tipo 2 >35 anos por idade e grupos sexuais em Villafranco del Guadiana em 2019 (Fonte própria)

Dada a distribuição da amostra de acordo com seu IMC, **94%** dos diabéticos do tipo 2 com mais de 35 anos estão acima do **peso** com **IMC > 25**: **49%** estão acima do **peso**, **45%** têm algum

tipo de **obesidade** e apenas **6%** podem ser incluídos no grupo de pacientes com **peso-norma** (Figura 10).

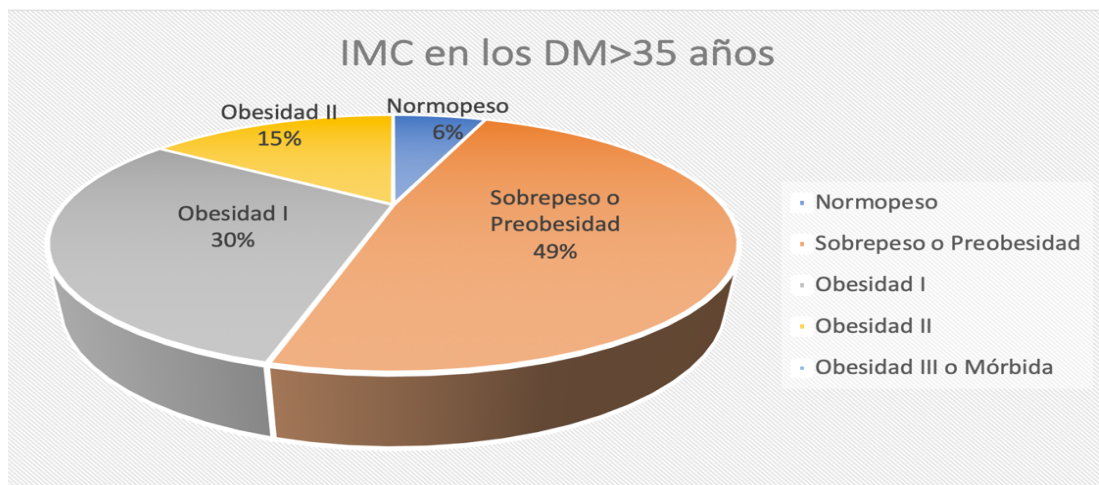


Figura 10: Gráfico de IMC DM de 35 anos em Villafranco del Guadiana em 2019 (Fonte própria)

Quanto ao nível de estudo dos sujeitos incluídos no estudo, a amostra é distribuída da seguinte forma: **80%** dos diabéticos do tipo 2 com mais de 35 anos não possuem estudos, sendo capazes de considerá-los como analfabetos funcionais, ou seja, pessoas que, sem ir à escola, sabem ler e escrever; **18%** deles, têm estudos primários e apenas **2%** da amostra, apresenta estudos secundários. Não encontramos um paciente com ensino superior (Figura 11).



Figura 11: Percentagens de DM tipo 2 >35 de acordo com estudos em Villafranco em 2019 (Fonte própria)

Destaca-se após a análise dos dados realizados: o excesso de peso, o aumento da prevalência em idades avançadas e o baixo nível de escolaridade na população estudada.

Discussão

De acordo com a revisão bibliográfica realizada, endossada, por relatórios internacionais do (Organização Mundial de Saúde [OMS]. Diabetes - World Health Organization, 2020) (IDF Diabetes Atlas, 9th Edition, 2019) (Diabetes Día Mundial, 2019), indicamos que o diabetes é atualmente uma pandemia, uma situação preocupante para a sociedade e sua saúde, à qual junta-se

à outra epidemia do século 21, a obesidade, duas doenças intimamente ligadas que fazem com que o pessimismo seja apoiado por todas as organizações e estudos; Os casos estão em ascensão, o que significa que este problema de saúde, além de ter consigo uma perda de tempo nas consultas e assumir um alto custo econômico para a saúde, leva a uma deterioração na qualidade de vida dos pacientes.

A prevalência de diabéticos do tipo 2 em Espanha, de acordo com estudos publicados, como a IDF em 2017, a (IDF Diabetes Atlas, 9th Edition, 2019) Espanha tem uma prevalência mantida de 10%; dependendo da comunidade tratada varia de 4,8% a 18,7%. Intervalo, no qual podemos enquadrar os dados obtidos em nosso estudo. E de acordo com dados da Fundação Semergen diabetes de 2015, as Ilhas Canárias e Extremadura são as comunidades mais em risco de diabetes tipo 2. (Semergen, 2015)

Se compararmos a prevalência de diabetes mellitus na Espanha em vários estudos publicados, podemos dizer que o [estudo di@bet.es](http://di@bet.es) (Di@bet.es,2018) coloca a prevalência espanhola de diabetes mellitus em 13,8%, enquanto o Estudo PREDIMER, (E. Gil Montalbán et al, 2010) nos diz que a prevalência de doenças na faixa etária entre 30 e 74 anos foi 8,1%, maior em homens do que em mulheres 45 a 54 e aumentando a prevalência da doença em ambos sexos à medida que a idade progride. Finalmente, o estudo AZUER (Dominguez P,et al., 2011) apresenta dados semelhantes sobre a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 na população espanhola, colocando-o em 8,48%. (Intramed, 2017)

Estudos publicados nos EUA e, mais especificamente, no relatório de diabetes de 2017, este revela uma prevalência de doença de 9,4%, e equivale a até 25,2% em maiores de 65 anos, independentemente do tipo de diabetes que está sendo tratado, embora seja verdade, os dados são extrapolados, uma vez que entre 85% e 95% dos casos de diabetes correspondem ao tipo 2. (CDC, 2017)

Centrando-nos na nossa população, podemos colocar a prevalência de diabetes tipo 2 em mais de 35 anos em 11,67%, que, como mencionamos acima, podemos moldá-lo na faixa dos valores dos diferentes estudos publicados na Espanha e comunidades autônomas. Quanto às diferenças na prevalência de enfermidade em funcione dele sexo, los dados arrojados por nosso estudo, estão em consonância com estudos publicados na Espanha e no resto do mundo, isto é; a prevalência é maior nos homens e em uma idade avançada, igualando em ambos os sexos a partir dos 75 anos, sendo

capaz de explicar esse fato, devido ao envelhecimento da população e sua menor mortalidade. (Ciberdem, 2018)

Vários estudos também confirmam que existem milhões de diabéticos em todo o mundo sem diagnóstico e o atraso no diagnóstico faz com que o paciente apresente complicações associadas à doença no momento do diagnóstico, o que nos leva irremediavelmente a um pior prognóstico da doença e a maiores gastos com saúde. (Di@bet.com., FD, 2019)

Devemos passar mais tempo na detecção precoce, temos várias ferramentas, em nossas consultas no sistema de computador de saúde da Extremadura, temos acesso rápido ao Teste Findrisk que devemos realizar para a população em risco, reconhecer situações pré-diabéticos e fazer o diagnóstico precoce evitando que a doença seja diagnosticada quando já causou complicações no paciente. Na cidade de Villafranco, uma pesquisa ativa já está sendo realizada para todos os pacientes em risco, primeiro realizando o teste acima mencionado e análise de hemoglobina glicosilado em pacientes que estão em alto risco de desenvolver hemoglobina glicosilado. Dados que nos fornecerão novos casos de diabéticos ou permanecerão em um acompanhamento dessa população em risco.

Não devemos esquecer a obesidade, que é um fator de risco cardiovascular e que sofre de 28,2% (alta prevalência) da população espanhola, e que atinge 65,5% se falamos sobre excesso de peso (OMS, FIC, 2017), a outra epidemia do século 21. Portanto, temos um terreno fértil para diabetes, demonstrando a estreita relação entre sobrepeso, obesidade, sedentarismo e diabetes tipo 2, e considerando que as evidências indicam que aproximadamente 87,5% dos adultos diabéticos têm excesso de peso ou obesos, daí o atual término “diabesidad”. Em nosso estudo, temos 94% de excesso de peso na população estudada e apenas 6% estão em peso-norma, apenas 6 dos pacientes em estudo, sendo capazes de considerar esses dados alarmantes para a saúde, por isso devemos insistir para atingir hábitos de vida saudáveis: dieta mediterrânea de baixa caloria e baixo teor de gordura com alimentos processados e refinados mínimos e atividade física mínima de 30 minutos por dia.

É essencial influenciar a educação dibetológica global em todos os aspectos do controle, envolvendo todos os profissionais de saúde e coordenado com todos os níveis de atendimento, uma vez que a melhoria do controle glicêmico é baseada na participação ativa do paciente na aprendizagem do ensino. Estudos mostram que a prevalência de diabetes aumentou mais rapidamente em países de baixa e média renda, demonstrando que o menor nível socioeconômico

tem pior controle de doenças e mais fatores de risco, e pode incluir nossa população nesse grupo. (diabetes,2019)

Todas as autoridades e responsáveis da saúde têm de participar na adoção de medidas para reduzir esses dados, que é que todos os estudos consultados e que foram realizados local e internacionalmente, apoiam que a atenção para a população diabéticos não podem ser destinados exclusivamente à administração de medicamentos antidiabéticos, mas é essencial e melhores resultados são obtidos se mais tempo for gasto na educação em saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis, evitando hábitos prejudiciais. Esta educação que devemos realizar em nossas consultas ou locais de trabalho deve ser complementada pela educação dos pais, nas escolas, nas associações, nos meios de comunicação, não só para os que sofrem diabetes, mas em tudo população: doente e saudável. (FSED, 2018)

Conclusão

Quanto ao objetivo estabelecido neste estudo, chegamos aos dados de prevalência analítica na população de Villafranco de diabetes tipo 2 em mais de 35 anos, resultado de:

1. Prevalência diabética tipo 2 ao longo de 35 anos em Villafranco: 11,67%, semelhante aos dados nacionais e internacionais.
2. Por diferenças significativas por sexo: ser maior em homens com prevalência de 14,47% e menor em mulheres com 8,93%.
3. Por faixas etárias, temos 30,24% em mais de 65 anos de idade e se assemelham uns aos outros em ambos os sexos.
4. Diagnosticar diabéticos tipo 2.
5. 94,34% da população diabética do tipo 2 está acima do peso: 47,16% estão acima do peso, 37,7% têm algum tipo de obesidade e apenas 5,66% está em peso-norma de pacientes em estudo.

As nossas intervenções devem visar:

- Melhorar os controles daqueles já diagnosticados e adiar suas complicações.
- Diagnóstico precoce de diabetes tipo 2, realizando o Teste Findrisk em pacientes com fatores de risco, já que os estudos garantem que há uma grande quantidade de população diabética não diagnosticada e quando eles são diagnosticados é porque as complicações da doença já apareceram

- Agir sobre fatores de risco, ou seja, educar em estilos de vida saudáveis e modificáveis, evitando hábitos nocivos (tabagismo e álcool, especialmente), educação em saúde na população em geral para promover:
 - Dieta equilibrada e mediterrânea: vegetais e frutas diárias, leguminosas e nozes assiduamente, reduzem alimentos ultraprocessados (excesso de gordura) e refinados (açúcar), diminuindo o consumo de carne vermelha e aumentando o consumo de peixe.
 - Exercício regular, dependendo de suas habilidades e idades e dependendo de sua forma física e necessidade de perder peso: atividade física de 30 minutos/dia ou mais de quatro horas/semana.
 - Mantenha o normoweight, reduzir a prevalência do excesso de peso e da obesidade, que são dados preocupantes em todas as idades no mundo inteiro.
 - Cessação do tabagismo
 - Evite o consumo de álcool.

Com estes hábitos saudáveis os estudos suportam que nós teremos uma incidência mais baixa no tipo - diabetes 2 e nós teremos uma vida saudável.

Bibliografia

ADA. (Enero de 2017). *Secardiologia*. Obtenido de Standars of Medical Care in Diabetes-2017: Recuperado de https://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf

ADA. (Enero de 2019). *American Diabetes Association*. Obtenido de Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care* 2019 Jan:Recuperado de <https://doi.org/10.2337/dc19-Sint01>

al, R.-R. M. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 15-24. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391110671562X>

CDC. (2017). *CDC*. Obtenido de Informe Nacional de las Estadísticas de la Diabetes: Recuperado de <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report-spanish.pdf>

Ciberdem. (2018). *Ciberdem*. Obtenido de Centro de investigación Biomédica en Red Diabetes y Enfermedades Metabólicas asociadas: Recuperado de

<https://www.ciberdem.org/noticias/estudio-di-betes-cerca-de-400000-personas-desarrollan-diabetes-cada-ano-en-espana>

Corazón, F. E. (2019). *Fundación Española del Corazón*. Obtenido de Diabetes y obesidad una pareja peligrosa: Recuperado de <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2290-diabetes-y-obesidad-una-pareja-peligrosa.html>

Di@bet.es. (2019). *Fundación diabetes*. Obtenido de Fundación para la Diabetes.

Di@betes. (2018). *Fundación diabetes*. Obtenido de Fundación para la Diabetes: Recuperado de <https://www.fundaciondiabetes.org/prensa/297/la-diabetes-en-espana>

Diabetes, A. X. (2019). *Alianza por la diabetes*. Obtenido de Tipos de diabetes: Recuperado de https://www.alianzaporladiabetes.com/tipos_de_diabetes

Diabetes, D. M. (2019). *Diabetes estadísticas*. Obtenido de Día Mundial de la Diabetes: Recuperado de <https://sites.google.com/site/dmddiabetes/estadisticas>

diabetes, P. (2019). *Patia Diabetes*. Obtenido de Atlas de la diabetes 2019: Recuperado de <http://www.patiadiabetes.com/atlas-la-diabetes-2019/>

Dominguez P, et al. (2011). Control Metabólico en Pacientes Diabéticos Tipo 2: grado de Control y nivel de Conocimientos (Estudio Azuer). *Revista Clínica Medicina de Familia*, 32-41.

E. Gil Montalbán et al. (2010). Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC. *Gaceta Sanitaria*, 233-240. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv24n3/original9.pdf>

FSED. (2018). *Fundacion.sediabetes*. Obtenido de Fundación se diabetes: Recuperado de <https://fundacion.sediabetes.org/index.php/2018/11/13/el-80-de-los-casos-de-diabetes-tipo-2-podrian-evitarse-mediante-acciones-de-prevencion-2/>

IDF. (2017). *IDF*. Obtenido de IDF Diabetes Atlas, 8th Edition: Recuperado de <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>

Intramed. (2017). *Intramed*. Obtenido de Diabetes tipo II: Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=90883>

redGDPS. (2019). *redGDPS*. Obtenido de Fundación redGDPS: Recuperado de <https://www.redgdps.org>

Semergen. (2015). *Semergen*. Obtenido de La diabetes se puede prevenir: Recuperado de https://www.semergen.es/resources/files/noticias/cribadoDiabetes_1.pdf

WHO. (2016). *WHO*. Obtenido de Día mundial de la salud: Vence a la diabetes: Recuperado de <https://www.who.int/diabetes/es/>

WHO. (2016). *WHO: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenido de Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Recuperado de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>

WHO. (30 de Octubre de 2018). *WHO*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Apêndice III – Grelha de Análise Aplicada aos Problemas: Método Hanlon

Método de Priorização Hanlon de acordo com as tendências da morbilidade de 1990 a 2016, em Espanha 92,8% das mortes ocorrem de doenças não transmissíveis (INE). E os 10 principais fatores de risco para a AVAD são: tabagismo, TAS alta, alto consumo de álcool, GB de jejum elevado, colesterol total, disfunção renal, dieta de baixas sementes, nozes e cereais integrais e, finalmente, poluição ambiental no ar. (Global Disease Burden Study 2016).

Problema	Magnitude (A)
Glicemia de plasma de jejum elevado	10
Tensão Arterial Sistólica Elevada	10
Fumar	8
IMC > 25	8
Inatividade/Baixa atividade física	8
Riscos relacionados com a dieta	8
Colesterol total elevado	6
Insuficiência Renal	4
Consumo de álcool	4
Poluição atmosférica ambiental	2

Tabela 1. - Componente A: Magnitude

Problema	Transcendência (B)
Glicemia de plasma de jejum elevado	10
Tensão Arterial Sistólica Elevada	10
Fumar	8
IMC > 25	7
Inatividade/Baixo atividade física	7
Riscos relacionados com a dieta	7
Colesterol total elevado	4
Insuficiência Renal	4
Consumo de álcool	10
Poluição atmosférica ambiental	4

Tabela 2. - Componente B: Transcendência

Problema	Vulnerabilidade (C)
Glicemia de plasma de jejum elevado	1,5
Tensão Arterial Sistólica Elevada	1,5
Fumar	1
IMC > 25	1
Inatividade/Baixo atividade física	1
Riscos relacionados com a dieta	1
Colesterol total elevado	1
Insuficiência Renal	1
Consumo de álcool	1
Poluição atmosférica ambiental	0,5

Tabela 3. - Componente C: Vulnerabilidade

Problema	Viabilidade (D)
Glicemia de plasma de jejum elevado	1
Tensão Arterial Sistólica Elevada	1
Fumar	1
IMC > 25	1
Inatividade/Baixo atividade física	1
Riscos relacionados com a dieta	1
Colesterol total elevado	1
Insuficiência Renal	1
Consumo de álcool	1
Poluição atmosférica ambiental	0

Tabela 4. - Componente D: Viabilidade

Problema	Magnitude (A)	Transcendência (B)	Vulnerabilidade (C)	Viabilidade (D)	(A+B) C x D
					Total
Glicemia de plasma de jejum elevado	10	10	1,5	1	30
Tensão Arterial Sistólica Elevada	10	10	1,5	1	30
Fumar	8	8	1	1	16
IMC > 25	8	7	1	1	15
Inatividade/Baixo atividade física	8	7	1	1	15
Riscos relacionados com a dieta	8	7	1	1	15
Colesterol total elevado	6	4	1	1	10
Insuficiência Renal	4	4	1	1	8
Consumo de álcool	4	10	1	1	14
Poluição atmosférica ambiental	2	4	0,5	0	3

Tabela 5. - Resultado final da priorização pelo Método Hanlon,

Apêndice IV – Cronograma de GANTT

Cronograma de GANTT

A programação é uma representação gráfica da organização temporária do projeto. As tarefas são listadas (mais facilmente do que na folha de processos), especificando a duração e as relações que tem com outras tarefas. O gráfico de Gantt ou gráfico de barras, é o mais utilizado. Nele, cada tarefa ou atividade é atribuída um tempo que corresponde a uma barra de comprimento dimensionada de acordo com a sua duração. As barras de tarefa ou de atividade são todas colocadas numa escala temporal, na escala do projeto ou já com datas de calendário. As diferentes tarefas estão "ligadas" entre si com relações lógicas como "tarefa inicial B quando a tarefa A termina", "quando a tarefa B termina ao mesmo tempo que A", terminando as tarefas A e B ao mesmo tempo, e assim por diante. Com este diagrama podemos controlar a olho nu a organização total do projeto e a situação numa determinada data.

Cronograma adaptado

Actividades	Inicio	Final	sept-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sept-20	oct-20	nov-20	dic-20	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21	jun-21	jul-21	ago-21	sept-21	
1. Búsqueda bibliográfica sobre DM y FRCV	1-sept	30-nov																										
2. Presentación estudio al resto equipo C.S. Talavera la Real	1-dic	31-dic																										
3. Formación profesionales en DM, FRCV y Habilidades comunicación	1-ene	30-mar																										
4. Elaboración cuestionario evaluación sesiones	1-ene	30-mar																										
5. Difusión proyecto dentro y fuera del Área de Badajoz	1-feb	30-mar-21																										
6. Controles analíticos	1-sept-19	30-sept-21																										
7. Mejorar patrón dietético y de actividad física	1-sept-19	30-sept-21																										
8. Abordaje Dehabitación Tabáquico	1-sept-19	30-sept-21																										
9. Realizar Test FINDRISC en >35 sin dx DM2	1-sept-19	30-sept-20																										
10. Análisis a los pacientes con un test FINDRISC >14	1-sept-19	30-sept-20																										
11. Intervención en FRCV en los pacientes con un test FINDRISC >7	1-sept-19	30-sept-21																										
12. Inclusión nuevos pacie tes con DM2	1-sept-19	30-sept-20																										
13. Sesión de patrón dietético saludable	1-oct-20	31-oct-20																										
14. Sesión de actividad física	1-nov-20	30-nov-20																										
15. Sesión Tabaquismo	1-dic-20	31-dic-20																										
16. Evaluación sesiones mediante cuestionarios	1-oct-20	31-ene-21																										

ANEXOS

**Anexo I – Declaração do Diretor do Curso de Mestrado em enfermagem para o Comité de
Ética do Área de Saúde de Badajoz**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o projeto intitulado **Prevalência de diabetes tipo 2 em indivíduos com 35 anos ou mais na cidade de Villafranco del Guadiana** apresentado por **Eva Maria Bueno Flores**, no âmbito do Curso de Mestrado em Associação – Especialização em Enfermagem comunitária e de saúde pública (Edição 2018/2020), tem parecer favorável do Conselho Técnico-científico desta Escola.

Portalegre, 26 de novembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico




Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Professor Adjunto

Anexo II – Declaração do Tutor – Orientador do relatório para o Comité de Ética do Área de Saúde de Badajoz



Termo de Aceitação

Maria Filomena Carrajola Marques de Oliveira Martins, Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública, Doutorada em Enfermagem, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre declara, para os devidos efeitos, que se encontra a orientar o Estágio da estudante, Eva Maria Bueno, Enfermeira, a frequentar o 3º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Mais declara que aceita, valida e orienta o projeto que a estudante pretende desenvolver - Diminuir a prevalência de diabetes Tipo 2 em indivíduos de 35 e mais anos em Villafranco del Guadiana - considerando tratar-se de um tema de extrema importância para a promoção da saúde, que respeita os aspetos metodológicos e éticos e que está de acordo com a formação recebida sobre metodologia de investigação, ética, confidencialidade e proteção de dados.

Portalegre, 6 de novembro de 2019

A Professora Orientadora

Maria Filomena Oliveira Martins



Anexo III – Autorização do Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde

D/D^a Juan Benegas Cepite, Coordinador/a
del Centro de Atención Primaria de Talavera la Real,

AUTORIZA

A D/D^a Eva M^a Bueno Flores a realizar el
(Estudio, Proyecto de Investigación, Tesis Doctoral, Trabajo de Fin de Master) Fin Master titulado: "
Prevalencia de diabetes tipo 2, de
consulta rural",
expresando asimismo la idoneidad de los medios disponibles para la realización de dicho
proyecto de investigación.

Lo que firmo a los efectos de su presentación en el Comité Ético de Investigación Clínica
en Badajoz, a 20 de diciembre de 2019.



Fdo. Juan Benegas

Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética e Investigação da Área de Saúde de Badajoz.

**D. JULIO BENITEZ RODRIGUEZ, SECRETARIO DEL COMITÉ DE ETICA
DE LA INVESTIGACION DE BADAJOZ”**

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el Trabajo Fin de Master de D^a. Eva M^a Bueno Flores titulado: **“DISMINUIR LA PREVALENCIA DE DIABETES TIPO 2 EN MAYORES DE 35 AÑOS EN LA POBLACION DE VILAFRANCO DEL GUADIANA”**, dirigido por D^a Filomena Martins y D. Mario Martins del Instituto Politécnico de Portalegre (Portugal), para su realización en el Consultorio de Villafranco del Guadiana, perteneciente al Centro de Salud de Talavera La Real.

Y mediante este documento expresa que este proyecto se ajusta a las normas éticas esenciales utilizadas como referencia en este ámbito y ha decidido por unanimidad expresar la idoneidad científica del proyecto así como su apoyo al mismo.

Lo que Certifico para su conocimiento y efectos en Badajoz a 18 de diciembre de 2019.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Julio Benitez Rodriguez".

Anexo V – Teste de FINDRISC/FINDRISK

TEST de FINDRISC/FINDRISK

O FINDRISC Teste é uma das ferramentas mais simples e eficazes para detetar o risco de desenvolver DM2 e identificar pessoas com diabetes desconhecida. Além disso, pode ser a base da intervenção educativa e do reforço de comportamentos preventivos para pessoas em risco. Entre 7 e 8 de 10 casos de DM2 poderiam ser evitados seguindo estilos de vida adequados, incluindo alimentação saudável e atividade física adequada; como salientam os Relatórios Globais da OMS, na sua Estratégia Global da OMS sobre o Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde (2016) e as últimas atualizações para a ADA 2019, juntamente com o estudo PREDIMED: demonstrar que mudanças sustentadas de estilo de vida na dieta mediterrânica, atividade física e perda de peso podem reduzir (prevenir ou atrasar) o risco de desenvolver DM2 em pessoas de alto risco.

O teste FINDRISC aborda 8 fatores de risco atribuindo uma pontuação a cada um deles, fatores de risco simples que podem ser convenientemente utilizados nos Cuidados Primários e fáceis de avaliar: idade, peso usando IMC, circunferência da cintura, atividade física, consumo diário de frutas ou vegetais), medicação para a pressão arterial alta ou histórico atual, altos níveis de glicose no sangue e predisposição genética (história familiar de primeiro e segundo grau com diabetes).(Figura: Test de FINDRISC).

A soma do valor de cada uma das respostas indica o nível de risco do inquirido; a soma dos oito itens dá valores que variam entre 0 e 26 pontos, sendo capazes de identificar pessoas que estão em risco elevado (pontuação de 15 a 20) ou risco muito elevado (Pontuação >20) de DM2 sofrendo e que têm valores glicémicos normais. Isto permite que a seleção daqueles que devem ser implementados intervenha na modificação de estilos de vida. Esta intervenção é a verdadeira "prevenção primária do DM2"; demonstra-se a eficácia desta intervenção em vários estudos, como já referimos ao longo deste trabalho (Quadro 4).

Quadro n.º 4 – Teste de Valores e Risco FINDRISC

Escala total de RISCO	Valor
Sob	0 – 7
LIGEIRAMENTE ALTO	8 – 11
Moderado	12 – 14
Alto	15 – 20
MUITO ALTO	>20

Intervenções baseadas no valor de risco do teste FINDRISC:


Abaixo dos 7: Não é necessário ter especial cuidado, reforçar o padrão saudável da dieta mediterrânica e o exercício físico.

8 a 11 pontos: Embora o risco seja baixo, é mais do que recomendado: em caso de excesso de peso tente reduzi-lo em 5%; manter a atividade física durante pelo menos 30 minutos, cinco dias por semana e dieta mediterrânica comendo frutas e legumes diários, fibra e limitando gorduras e açúcares.

12 a 14 pontos: Tome medidas preventivas AGORA: Dicas para ter um padrão alimentar saudável com perda de peso e atividade física durante 30-40 minutos por dia (caminhar é suficiente).

15 a 20 pontos: O risco é elevado. Y > 20 risco muito elevado: Uma análise de GB e HbA1C é solicitada ao consultório de enfermagem ou o médico é encaminhado para tal ação. Aqui a intervenção tem um ponto comum que é a educação para a saúde para melhorar o padrão alimentar, a perda de peso e a atividade física. E adicional seria se o DM2 fosse confirmado e todas as atividades necessárias deveriam ser realizadas na intervenção de um paciente com um diagnóstico de DM (referimos-mos à imagem do doente de diagnóstico dm2 na estratégia 2)

Os doentes com FINDRISC > 14, têm um alto risco de diabetes e vão desenvolvê-lo nos próximos 10 anos, se não forem feitas alterações nos seus hábitos alimentares e na atividade física.



Type 2 diabetes risk assessment form

Circle the right alternative and add up your points.

1. Age

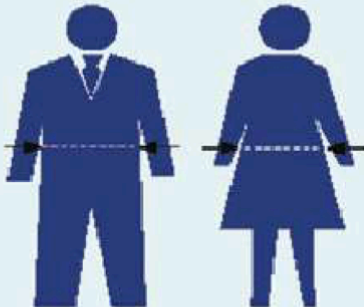
0 p. Under 45 years
 2 p. 45–54 years
 3 p. 55–64 years
 4 p. Over 64 years

2. Body mass index
(See reverse of form)

0 p. Lower than 25 kg/m²
 1 p. 25–30 kg/m²
 3 p. Higher than 30 kg/m²

3. Waist circumference measured below the ribs (usually at the level of the navel)

	MEN	WOMEN
0 p.	Less than 94 cm	Less than 80 cm
3 p.	94–102 cm	80–88 cm
4 p.	More than 102 cm	More than 88 cm



4. Do you usually have daily at least 30 min of physical activity at work and/or during leisure time (including normal daily activity)?

0 p. Yes
 2 p. No

5. How often do you eat vegetables, fruit, or berries?

0 p. Every day
 1 p. Not every day

6. Have you ever taken antihypertensive medication regularly?

0 p. No
 2 p. Yes

7. Have you ever been found to have high blood glucose (e.g. in a health examination, during an illness, during pregnancy)?

0 p. No
 5 p. Yes

8. Have any of the members of your immediate family or other relatives been diagnosed with diabetes (type 1 or type 2)?

0 p. No
 3 p. Yes: grandparent, aunt, uncle, or first cousin (but no own parent, brother, sister or child)
 5 p. Yes: parent, brother, sister, or own child

Total risk score

The risk of developing type 2 diabetes within 10 years is

Lower than 7	Low: estimated one in 100 will develop disease
7–11	Slightly elevated: estimated one in 25 will develop disease
12–14	Moderate: estimated one in 6 will develop disease
15–20	High: estimated one in three will develop disease
Higher than 20	Very high: estimated one in 2 two will develop disease

Please turn over

Teste de FINDRISC

*"Se procura resultados diferentes,
nem sempre faça o mesmo"*
Albert Einstein