

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**ESTRATEGIAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: REVISÃO INTEGRATIVA**

**EDUCATIONAL STRATEGIES FOR DIABETIC FOOT PREVENTION: INTEGRATIVE REVIEW**

Relatório de Estágio

Relatório Final de Estágio orientado pela Prof.<sup>a</sup> Doutora  
Maria José Peixoto e co-orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora  
Margarida Abreu

Natalia Bande Álvarez

Porto 2017



“A utopia está lá no horizonte. Aproximo-me dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

“A primeira condição para modificar a realidade consiste em conhecê-la.”

Eduardo Galeano



## **AGRADECIMENTOS**

No final deste percurso, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que me ajudaram neste caminhada tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Em primeiro lugar, um agradecimento muito especial aos pilares da minha vida, aos meus pais, sem eles dificilmente conseguiria chegar até aqui. Por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos, me dando força, apoio e confiança.

Aos meus queridos avós pelo seu carinho, espero que me desculpem pela ausência nesta fase das suas vidas.

Não poderia também deixar de agradecer ao meu irmão pela motivação infundida ao longo de todo o percurso académico e ao meu namorado, que sempre esteve presente e me apoiou quando mais precisava.

À minha querida comuna espanhola, por toda a amizade, carinho e ajuda

Por último, mas igualmente importante, agradeço também às professoras da ESEP pelo incentivo, rigor, apoio e orientação contínua.

A todos, muito obrigada.



## **ABREVIATURAS**

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

AAD- Associação Americana de Diabetes

CSP-Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção-Geral da Saúde

ECCL-Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

FID - Federação Internacional de Diabetes

IG- Idade Gestacional.

MEC- Mestrado em Enfermagem Comunitária

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE- União Europeia

UF- Unidades Funcionais

UPCHP-Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Porto

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

OBS- Área de observação

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNPCD- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

SDP- Sociedade Portuguesa de Diabetologia

## RESUMO

O presente relatório de estágio considera o previsto no Regulamento do 2º ciclo de estudos, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com vista à obtenção do grau de Mestre. Pretende sintetizar o processo formativo que conduziu ao desenvolvimento de competências na área da enfermagem comunitária, que incluiu um estágio no serviço de urgência de pediatria, numa unidade de saúde familiar e numa unidade de cuidados na comunidade. Concomitantemente com o estágio, foi realizada uma revisão integrativa sobre uma temática que suscitou o meu interesse pela sua elevada incidência na comunidade: a prevenção do pé diabético.

O aumento na prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 constitui um desafio para a sociedade e para o sistema de saúde, sendo necessária a implementação de medidas adequadas de contenção. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com modelos específicos de cuidados e de gestão partilhada, procura dar resposta às atuais necessidades de saúde da população, integrando o utente na gestão do seu processo de saúde doença. Uma das principais metas para o utente diabético é a redução do risco do desenvolvimento de complicações, nomeadamente, a do pé diabético. Este manifesta-se nesta população com grande agressividade e cronicidade, incapacitando a pessoa e aumentando a morbi-mortalidade.

Assim, a revisão integrativa pretendeu dar resposta à questão: Quais as estratégias educativas desenvolvidas pelos enfermeiros aos utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, na prevenção do pé diabético? Procuramos artigos publicados entre 2010 e 2017, com acesso ao texto completo, em língua inglesa, portuguesa e espanhola. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados EbscoHost, PubMed e SciELO.

Foram selecionados oito artigos, na maioria estudos quasi-experimentais que desenvolveram sessões de educação para a saúde em grupo e/ou individuais, utilizando diversas estratégias. Todos os participantes tinham o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, contudo diferiam em termos de presença ou ausência de lesão nos pés.

Face aos resultados obtidos conclui-se que independentemente das estratégias utilizadas e das características do grupo, os resultados mostraram-se efetivos em termos de conhecimentos e competências para a prevenção das lesões do pé. Estes resultados podem contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados.

Palavras chave: Pé diabético, prevenção, educação Enfermeiros, Diabetes Mellitus.



## **ABSTRACT**

This document considers the envisaged in the Regulation of the 2nd cycle of studies, of the School of Nursing of Porto, for obtain the degree of Master. It aims to synthesize the training process that led to the development of competences in community nursing, which included a stage in the emergency department of paediatrics, in a family health unit and in a community care unit. In conjunction with this stage, an integrative review was carried out on a topic that aroused my interest for its high impact in the community: prevention of diabetic foot.

The increasing prevalence of type 2 diabetes mellitus constitutes a challenge for the society and the health system, requiring the application of adequate containment measures. The reform of primary health care, with specific models of care and shared management, seeks to respond to the current health needs of the population by integrating the user in the management of their disease health process. One of the main goals for a diabetic user is to reduce the risk of developing complications, particularly diabetic foot. It manifests itself in this population with great aggressiveness and chronicity, incapacitating the person and raising morbi-mortality.

Thus, the integrative review aimed to give an answer to the question: What are the educational strategies developed by nurses to users with type 2 Diabetes Mellitus, in the prevention of diabetic foot? We looked up in the articles published between 2010 and 2017, with access to the full text, in English, Portuguese and Spanish. The research was carried out in the databases EbscoHost, PubMed and SciELO.

Eight articles were selected, mostly quasi-experimental studies that developed group and / or individual health education sessions using various strategies. All participants were diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus, but differed in terms of presence or absence of foot injury.

The results obtained conclude that, regardless of the strategies used and the characteristics of the group, the results were effective in terms of knowledge and skills for the prevention of foot injuries. These results can contribute to improve the quality of care.

**Keywords:** Diabetic foot, prevetion, Education, Diabetes Mellitus.



## INDICE

NOTA INTRODUTORIA .....	13
1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE .....	15
1. 1.1 .Desenvolvimento de competências na área de pediatria.....	19
2. 1.2. Desenvolvimento de competências na área de saúde familiar.....	24
3. 1.3. Desenvolvimento de competências na área da comunidade .....	39
2. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO .....	51
3. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NO UTENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 – UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	55
4. 3.1 . A problemática da Diabetes Mellitus tipo 2 .....	56
5. 3.2 Metodologia.....	67
3.2.1 <i>Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.....</i>	69
3.2.2 <i>Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, amostra e pesquisa na literatura .....</i>	70

3.2.3	<i>Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos</i> .....	71
3.2.4	<i>Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa</i> .....	73
3.2.5	<i>Interpretação dos resultados</i> .....	82
3.2.6	<i>Apresentação da revisão / síntese do conhecimento</i> .....	93
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>99</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>109</b>
6.	<b>Anexo I- Projeto de educação para a saúde a pessoas com diabetes tipo 2. “Cuidando de sua saúde”</b> .....	<b>111</b>
7.	<b>Anexo II-Folheto sobre a prevenção da diabetes. “Ensinar a comer. Ensinar a crescer”</b>	

## **INDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1- Classificação dos níveis de evidência segundo o Joanna Briggs Institute, (JBI, 2013). .....</b>	<b>74</b>
<b>Tabela 2: Artigos selecionados para a revisão integrativa .....</b>	<b>75</b>
<b>Tabela 3- Participantes nos estudos incluídos .....</b>	<b>89</b>



## **INDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1: Fluxograma de pesquisa .....</b>	<b>73</b>
<b>Figura 2: Esquema representativo dos aspectos significativos nas estratégias educativas encontradas; Intervenção individual, grupal, material e participantes. ....</b>	<b>83</b>



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

O presente relatório de mestrado representa o culminar de um longo caminho, iniciado em 2014 com o ingresso no Mestrado em Enfermagem Comunitária. Pretende dar resposta a uma exigência académica no âmbito do curso de mestrado referido da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP, vigente desde o dia 19 de Novembro de 2010, refere no seu artigo 14º que para completar o grau académico de mestre, seja realizado um estágio de natureza profissional com apresentação de um relatório, uma dissertação ou um trabalho de projeto (ESEP, 2010).

Optei pela realização de um estágio de natureza profissional, impulsionada pelo interesse em aprofundar áreas relacionadas com a enfermagem comunitária. A aquisição de competências nestas áreas de saúde comunitária são requisitos necessários para exercer como especialista em enfermagem familiar e comunitária em território espanhol, uma vez que sou nativa de Espanha.

Para garantir a de qualidade do estágio foram definidos objetivos exequíveis e, posteriormente, selecionados os locais mais adequados de acordo com as competências a desenvolver. Assim, o estágio decorreu em duas instituições diferentes: O Centro Hospitalar de S. João, no serviço de urgência pediátrica e no Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Oriental, nas unidades de saúde familiar e na de cuidados na comunidade, sob a orientação de profissionais de enfermagem especialistas em cada área.

Como já foi referido anteriormente, o estágio de natureza profissional implica a elaboração de um relatório final que reflita o vivenciado neste processo formativo. Assim, é fundamental o enunciado de objetivos que vão ser o eixo central deste relatório.

O presente relatório tem como objetivo principal:

- Descrever o processo de aprendizagem realizado no contexto do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Os objetivos específicos são:

- Descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- Refletir sobre o processo de aprendizagem e sobre o desenvolvimento de competências em áreas da enfermagem comunitária.

Na primeira parte do relatório, descrevem-se as atividades desenvolvidas e os ganhos obtidos nas instituições onde foram realizados os estágios e realiza-se uma avaliação sobre dos objetivos definidos no projeto de estágio. Colocaremos ainda em evidência as competências desenvolvidas durante o processo de estágio.

Na segunda parte do trabalho, apresenta-se uma revisão integrativa para responder à questão “Quais as estratégias educativas desenvolvidas pelos enfermeiros aos utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, na prevenção do pé diabético?”. Esta pergunta de partida nasceu da prática clínica durante o estágio desenvolvido neste percurso académico.

O estudo tem como objetivo conhecer as estratégias de educação para a saúde dos enfermeiros na prevenção do pé diabético. O aumento da literacia dos utentes com diagnóstico de Diabetes Mellitus do tipo 2 contribui para uma tomada de decisão que lhes promova uma vida saudável.

Simultaneamente, com esta revisão integrativa pretendemos adquirir conhecimentos no âmbito da investigação, tal como está preconizado para os cursos de mestrado.

## **1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE**

O Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária visa contribuir para que os enfermeiros desenvolvam competências específicas em enfermagem comunitária. Segundo a OE (2011, p. 4), “A enfermagem comunitária e de saúde pública tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista á capacitação e empowerment das comunidades na consecução dos projetos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania”.

O enfermeiro especialista é o enfermeiro que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico da profissão de enfermagem. Demonstra competências especializadas relativas a um campo de investigação, através de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, respeito pelas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2010).

Portanto, os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária têm como atividade fundamental a promoção da saúde da população e da comunidade colaborando na capacitação das mesmas através do reconhecimento das suas necessidades e do planeamento de cuidados adequados aos seus problemas, com o objetivo de obter ganhos em saúde.

O conjunto de competências clínicas especializadas está intrinsecamente ligado aos domínios próprios de enfermagem, isto é, as competências clínicas especializadas fundamentam-se no aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro generalista. Estas competências foram definidas detalhadamente pela OE, no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, apresentada pelo Conselho Diretivo em Lisboa, em maio de 2010. Especialmente no artigo 4º deste documento, apresentam-se estas competências divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais (OE, 2010).

Considerando a complexidade dos cuidados de saúde de uma comunidade, foi necessário definir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Estas foram publicadas no Regulamento nº128 de 18 de fevereiro de 2011, com o propósito de prover um enquadramento regulador e fornecer publicamente informação para a certificação de competências.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2011) estabelece as seguintes competências específicas para estes especialistas:

- Realização do planeamento em saúde de acordo com as suas diferentes etapas;
- Promoção da capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos;
- Participação na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS);
- Realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Estas competências são fundamentais, pois “O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assumem um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (Regulamento n.º 128/2011, 2011. p. 8667).

Mais, a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. Foca o seu campo de trabalho, na necessidade de promoção da saúde, nos estilos de vida e na prevenção da doença, tendo como finalidade o desenvolvimento de comunidades saudáveis (OE, 2011).

Para a consecução deste desígnio, além da regulação das competências, também foram regulados os padrões de qualidade na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Estes constituem um referencial para a prática profissional (OE, 2011).

Na regulação dos padrões de qualidade (OE, 2011), evidencia-se a natureza da responsabilidade social da profissão de enfermagem e a missão educativa dos enfermeiros tanto no âmbito da promoção como na readaptação funcional.

Face à complexidade do trabalho na comunidade e a estas exigências, a frequência do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária visou dar resposta a uma necessidade formativa pessoal nesta área. Simultaneamente, o facto de ter nacionalidade espanhola foi determinante na opção pela realização do estágio de natureza profissional, para que num futuro próximo possa vir a prestar cuidados especializados em enfermagem familiar e comunitária em Espanha.

Segundo o Boletim Oficial Espanhol (BOE) (2010), que regula as competências próprias do profissional de enfermagem, a missão do enfermeiro/a especialista em enfermagem familiar e comunitária é participar no cuidado da saúde das pessoas, famílias e comunidades, no «continuum» de seu ciclo vital e nos diferentes aspetos da promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação, reabilitação, no seu contexto sócio-cultural.

Neste âmbito, o BOE, (2010), determina que os ensinamentos clínicos decorram em centros de saúde e em outras instituições de saúde. Apresenta ainda uma breve descrição dos conteúdos, atitudes, habilidade e resultados da aprendizagem ao longo do ciclo vital do indivíduo. Por exemplo, em relação à infância e adolescência, preconiza que se prestem cuidados especializados, junto a outros especialistas quando necessário, em determinadas situações, tais como, problemas de saúde agudos, crónicos e de incapacidade.

Deste modo, foi elaborado um projeto de estágio que permitisse desenvolver competências na área da prestação de cuidados a crianças e adolescentes com problemas de saúde agudos e, simultaneamente, verificar quais as situações que levam os pais a recorrer ao serviço de urgência para, posteriormente, colaborar na elaboração de programas de prevenção dessas situações. Este facto levou à seleção de um serviço de urgência pediátrica num Centro Hospitalar, no Porto.

Mas, como estudante de um curso de pós-graduação em enfermagem comunitária reconheço a importância dos centros de saúde como o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde. No estado atual dos sistemas de saúde as unidades funcionais de saúde, tais como, as unidades de saúde familiar e as de cuidados na comunidade constituem-se como uma peça chave para garantir à população

níveis de saúde aceitáveis. Por este motivo, foi realizado um período de estágio em cada uma destas unidades funcionais de um agrupamento de centros de saúde, na região do Porto.

Assim, ao longo deste capítulo descreveremos, de forma fundamentada, crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas nos diferentes dos campos de estágio, que decorreram entre Outubro de 2015 e Julho de 2016.

## 1.1 .Desenvolvimento de competências na área de pediatria

O primeiro período de estágio decorreu no serviço de urgência de pediatria do Centro Hospitalar de São João, entre outubro de 2015 e novembro de 2016, de segunda a quinta feira, das 8h às 14h (turno da manhã).

O Centro Hospitalar de São João abrange a região Norte de Portugal, desde a sua abertura em 1959. Trata-se de um Hospital Universitário, com orientação para o ensino pré e pós universitário. Dispõe de serviços para todas as especialidades médicas e cirúrgicas, cuidados intensivos, área oncológica e transplante hepático.

Integrado no Centro Hospitalar de São João está o único serviço de urgência de pediatria do núcleo do Porto. Proporciona assistência direta à população pediátrica das freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã, Aldoar, Matosinhos e Maia. Foi concebido com a finalidade de dar resposta a crianças e adolescentes em situações agudas, na zona do Porto. Assim, são transferidos para o Centro Hospitalar de São João a população pediátrica em situação de urgência do Hospital Pedro Hispano e do Centro Hospitalar do Porto.

O serviço de urgência de pediatria encontra-se estruturado nas seguintes áreas:

-Área de admissão e receção: Encontra-se na entrada do serviço, é onde ocorre a admissão administrativa do doente. Tem perto uma sala de espera para que os utentes e familiares aguardem o atendimento.

-Área de triagem: É o primeiro gabinete após a sala de admissão, é onde o utente e o seu acompanhante tomam contacto com o enfermeiro que realiza a avaliação inicial. Esta avaliação tem por baseo *Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale*. Este protocolo sistematizado permite a classificação do utente em termos de prioridade de atendimento.

A determinação da prioridade resultada triangulação entre a queixa principal, as constantes fisiológicas e os parâmetros de avaliação pediátricos, fornecendo um resultado baseado em cinco níveis de prioridade estandardizados para garantir a melhor eficácia no atendimento:

- Vermelho: Doente em situação emergente. Precisa de atendimento imediato.
- Laranja: Doente em situação muito urgente. O tempo de espera não pode ser superior a 10 minutos. O atendimento não deve demorar.
- Amarelo: Doente urgente. O tempo de espera é de cerca de 60 minutos. Necessita de atendimento rápido.
- Verde: Doente em situação de pouca urgência. O tempo de espera é de cerca de 120 minutos. Os utentes não correm risco de vida podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outro serviço.
- Azul: Doentes não urgentes. O tempo de espera é de cerca de 240 minutos. Os utentes podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outro serviço.

- Gabinetes médicos: Existem cinco gabinetes médicos, um destes destinado unicamente para as pequenas cirurgias;

- Gabinete de enfermagem: Um gabinete destinado à prestação de cuidados de enfermagem.

- Área de observação (OBS): Sala com 9 camas, com monitorização contínua onde permanecem aqueles utentes que precisam de vigilância. Prevê-se uma estadia de 24h para a resolução da situação crítica e a posterior tomada de decisão para transferência para outro serviço ou alta clínica.

- Área de emergência pediátrica: Este espaço encontra-se perto do serviço de admissão, está destinado aqueles utentes que apresentam um comprometimento das suas funções vitais. Esta sala está preparada para assistir emergências que constituem um risco para a vida, nela se avalia o estado de saúde e se prestam cuidados imediatos e estabilização dos utentes.

Para este campo de estágio foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer o serviço e a dinâmica da sua equipa.
- Adquirir conhecimentos no contexto do atendimento na urgência pediátrica.
- Colaborar na prestação de cuidados a crianças e jovens.

Para facilitar a leitura e compreensão do relatório, apresentam-se as atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos específicos propostos para este período de estágio.

- **Conhecer o serviço e a dinâmica da sua equipa**

-Reunião com a coordenadora do mestrado em Enfermagem Comunitária, a chefe do serviço e as tutoras, com o fim de clarificar os objetivos propostos para este estágio. A tutora foi a enfermeira designada para orientar o estágio e informar sobre o serviço (horário dos seus turnos, apresentação à restante equipa de enfermagem e explicação da dinâmica de trabalho no serviço).

-Visita às diferentes áreas do SU pediátrico. Observação do espaço físico e funcionamento em termos de atendimento infantil. O serviço encontra-se desenhado e decorado, decoração colorida e acolhedora, para minimizar o impacto da hospitalização. As salas têm diferentes cores de acordo com a população alvo, crianças ou adolescentes. Também existe o cantinho de amamentação para quando é necessário.

Durante os primeiros dias, foi realizado um estágio de observação com a intenção de perceber a dinâmica do serviço e familiarização com a rotina do serviço (conhecer o programa “*J One*” e “*Sclinico*” e forma de elaborar os registos) e com o espaço físico (para conhecer os locais de armazenamento de materiais).

- **Adquirir conhecimentos no contexto do atendimento na urgência pediátrica**

No decurso do estágio observei as atividades desenvolvidas e a atenção prestada à população infantil e juvenil, pelos enfermeiros. Desta forma conheci o procedimento de admissão, prestação de cuidados nas diversas situações, transferência e alta e ainda a articulação com os restantes serviços e instituições da comunidade. Além da observação dos procedimentos nestes locais, também prestei cuidados na área da triagem, na sala de emergência, no gabinete de enfermagem, na pequena cirurgia e na área de observação(OBS).

- **Colaborar na prestação de cuidados a crianças e jovens**

Relativamente à sala de triagem, considero tratar-se de uma área em que é necessária muita experiência para definir de forma correta a prioridade de atendimento. Nesta área também é necessário a gestão emocional e ajudar os pais a lidar com o stress e a ansiedade gerados pela situação de saúde dos seus filhos.

No âmbito da pequena cirurgia, colaborei na realização de suturas, posicionando e imobilizando o utente; no tratamento de feridas e na transmissão de informação à criança com o objetivo de minimizar a sua ansiedade.

No gabinete de enfermagem realizaram-se diversas intervenções de acordo com cada situação. Uma das principais dificuldades foi lidar com o utente, devido à sua recusa em colaborar no tratamento, pelo medo que o contexto provocava. Uma importante parte do nosso papel foi o de adotar estratégias, tal como, o jogo para explicar o tratamento à criança com o objetivo de garantir o sucesso dos cuidados de enfermagem.

Na sala de OBS ficavam os utentes que precisavam de vigilância ou a aguardar para realizar exames complementares. Neste local colaborei com a equipa de enfermagem na vigilância e controlo de sinais vitais e da progressão da situação clínica.

A sala de emergência foi utilizada várias vezes durante o estágio, pelo que tive a oportunidade de observar e colaborar com a equipa de enfermagem no atendimento de utentes vítimas de acidentes de trânsito e quedas perigosas. Assim, tive a oportunidade de ajudar no manuseamento do plano duro e da colocação do colar cervical, que se constituíram uma experiência nova, contribuindo para o crescimento profissional face ao meu futuro como enfermeira de saúde comunitária.

A entrada no serviço de urgência é um momento de stress e ansiedade para a família e para a criança/adolescente, mas também pode constituir uma oportunidade para fomentar condutas saudáveis. A importância deste estágio radica na observação e compreensão das distintas situações que conduzem ao serviço de urgência, permitindo criar estratégias de educação e apoio aos pais, crianças e adolescentes.

O enfermeiro de saúde comunitária proporciona o primeiro contacto das crianças e jovens com o sistema de saúde e além deste dar resposta ao 90% das necessidades de saúde da

população, supervisiona o crescimento e desenvolvimento desta população, participando ativamente nas atividades de prevenção, promoção e educação para a saúde.

Durante o estágio neste serviço de urgência pediátrica aproveitei também para elaborar normas técnicas e protocolos para as situações que ocorrem com maior frequência, procurando atualizar os meus conhecimentos sobre a faixa etária pediátrica, com vista às consultas infantis do meu seguinte estágio no centro de saúde.

Quanto aos registos das intervenções de enfermagem, estes eram realizados em suporte de papel e, pelo facto de não dominar a língua portuguesa, foi uma das atividades menos realizadas.

Em termos de reflexão, o estágio no serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar de São João, constituiu-se uma vivência rica, pois possibilitou um amplo conjunto de experiências. O serviço de urgência reflete as dinâmicas familiares da atualidade. Segundo as situações que pude vivenciar, são muitos os pais que recorrem ao serviço de urgência por problemas básicos, ao mínimo sinal de alarme. Como enfermeira da área de saúde comunitária constatei a importância de incentivar os pais a utilizar os recursos de referência na comunidade na resolução de problemas, tais como, a Linha de Saúde 24 , a Linha de apoio a amamentação do Centro Hospitalar de São João e as diversas unidades funcionais dos agrupamentos dos centros de saúde.

Tendo sido um estágio predominantemente de observação, a seleção deste serviço de urgência de referência constituiu um cenário ótimo para a aprendizagem. O limite temporal do estágio exigiu uma adaptação rápida, mas bem sucedida com a colaboração da enfermeira tutora e da restante equipa. Saliento ainda que os enfermeiros se encontravam distribuídos pelas diferentes áreas do serviço, colaborando entre si para que os cuidados fossem executados com a maior rapidez e qualidade possíveis.

No decurso deste estágio adquiri consciência dos limites de atuação como enfermeira especialista em enfermagem comunitária, assim como compreendi a importância de um bom atendimento no âmbito dos centros de saúde, detetando e resolvendo situações e, conseqüentemente, a não sobrecarregar o serviço de urgência hospitalar.

## **1.2. Desenvolvimento de competências na área de saúde familiar**

O segundo período de estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) de Faria Guimarães entre Janeiro e Março de 2016. Ocorreu habitualmente no turno de manhã, de segunda a quinta feira e à sexta feira no turno da tarde, das 14h às 20h.

A USF Faria Guimarães localiza-se na freguesia de Paranhos e está incluída no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Porto Oriental. Os ACES são unidades intermédias entre as Administrações Regionais de Saúde e os Centros de Saúde, integram várias unidades funcionais, com a finalidade de garantir a prestação de cuidados de saúde primários numa área geográfica. O ACES é constituído por Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (DGS, 2010).

A USF é uma estrutura de prestação de cuidados de saúde constituída por uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa, funcional e técnica. A USF dispõe de uma carteira básica de serviços que asseguram a realização de atos de vigilância, promoção de saúde, prevenção de doença crónica, cuidados domiciliários e integração e colaboração com outros serviços e sectores (DGS, 2010).

A USF de Faria Guimarães, segundo o relatório de atividades 2013-2015, tem inscritos 14.786 utentes, de várias faixas etárias. O seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 horas às 20 horas. Para as situações de doença aguda fora desse horário, os utentes dispõem de um Serviço de Atendimento Complementar.

Tal como no estágio anterior, no presente também fui acompanhada por um enfermeiro tutor, o coordenador da equipa de enfermagem, no desenvolvimento das atividades inerentes à carteira de serviços oferecidos pela USF.

Os objetivos para este estágio foram:

- Conhecer a USF e a dinâmica da consulta.
- Participar na consulta de enfermagem.
- Adquirir competências na área de enfermagem de família.

Os objetivos do estágio constituíram uma linha orientadora para o desenvolvimento de atividades, ajudaram a encaminhar os esforços e a cumprir as metas esperadas. Durante este estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a todos os utentes que diariamente recorriam à consulta do enfermeiro tutor no âmbito das consultas de enfermagem, visita domiciliária, avaliação e administração de vacinas, aconselhamento telefónico e referenciação ao SU Hospitalar. De salientar que todas as atividades foram desenvolvidas tendo a família como unidade de cuidados, prestando cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Para facilitar a leitura e compreensão do relatório, apresentam-se as atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos específicos propostos para este período de estágio.

- **Conhecer a USF e a dinâmica da consulta**

A funcionalidade da USF e o modelo organizativo encontram-se definidos no Regulamento Interno, que por sua vez transpõe o preconizado Decreto-Lei n.º 298 de 2007. Para o correto funcionamento, a estrutura orgânica das USF é constituída pelo coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral (Decreto Lei 298/2007, artigo 11).

Como já foi referido anteriormente, as USF assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Na USF de Faria Guimarães, a equipa multiprofissional é constituída por seis secretários clínicos, oito médicos que trabalham em parceria com oito enfermeiros. Destes, há quatro com especialidade em enfermagem comunitária, dois com especialidade em saúde materna e obstetrícia e dois enfermeiros de cuidados gerais.

As equipas constituídas por médico-enfermeiros- secretários clínicos estão distribuídas pelos dois andares do edifício onde se localiza a USF Faria Guimarães, de forma que cinco delas se encontram no andar inferior e as três restantes no andar superior. Existem vários gabinetes para que cada enfermeiro e cada médico disponham do seu próprio espaço de consulta. Existe ainda um gabinete disponível para a administração de medicação.

Os enfermeiros prestam assistência aos utentes inscritos na lista do respectivo médico. A equipa tem por missão a prestação de cuidados de saúde individuais e familiares à população inscrita da freguesia de Paranhos e das zonas limítrofes, garantindo a acessibilidade e globalidade. Pretendendo garantir que esta população alcance níveis mais elevados de saúde e bem estar (Decreto Lei 298/2007).

Todos os profissionais que formam uma equipa partilham problemas e elaboram propostas de resolução dos mesmos em sessões grupais. Realizam ainda atividades de formação continua e de investigação em cuidados de saúde primários.

- **Participar na consulta de enfermagem**

A USF oferece uma carteira básica de serviços, composta por: consulta aberta (do próprio profissional ou de intersubstituição), podendo ser marcada presencial ou telefonicamente no próprio dia; consultas relacionadas com os programas de saúde (do próprio profissional ou de intersubstituição), isto é, consulta agendada para o cumprimento dos diversos Programas Nacionais de Saúde (ex. Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde infantil e Juvenil, Vacinação e Diabetes Mellitus); consulta de saúde do adulto, para o atendimento geral e cuidados domiciliários.

Para uma melhor compreensão das consultas de enfermagem, serão apresentadas as consultas de vigilância realizadas, os respectivos objetivos e as atividades desenvolvidas em cada uma delas. Salienta-se que todas as intervenções foram desenvolvidas de acordo com o preconizado pelos diferentes Programas Nacionais de Saúde com o fim de contribuir para

atingir os objetivos e metas do Plano Nacional de Saúde elaborado pela DGS, em 2012. Salienta-se ainda que durante o estágio foram aproveitadas todas as oportunidades de aprendizagem, sob a orientação do enfermeiro tutor, na busca do conhecimento e do desenvolvimento de competências para um exercício profissional de qualidade.

### **Consulta de Planeamento Familiar**

As consultas de planeamento familiar pretendem dar resposta aos objetivos do Programa Nacional de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva (DGS, 2008):

- Promover a vivencia da sexualidade de forma saudável e segura.
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal.
- Fomentar a maternidade e paternidade responsáveis.
- Diminuir a mortalidade e a mobilidade materna, pré-natal e infantil.
- Vigiar e diminuir as Infecções Transmitidas Sexualmente (ITS) e as suas conseqüências.

#### *-Atividades realizadas na consulta de Planeamento Familiar:*

As consultas de Planeamento Familiar são indicadas para que os utentes tenham acesso a todas as informações disponíveis para o cuidado da sua saúde e para uma prática sexual segura e vigilância reprodutiva. Durante as consultas aproveitava-se para incentivar condutas saudáveis, tais como, a prevenção do consumo de tabaco e de drogas ilícitas; informar sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade, sobre métodos anticonceptivos e fornecer anticoncepcionais gratuitamente; prevenir e diagnosticar precocemente as ITS, o cancro do colo do útero e da mama; prestar de cuidados pré-concepcionais e no puerpério.

As atividades de Planeamento Familiar são uma parte fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde. As consultas também se aproveitavam como oportunidade para verificar o boletim de vacinação. No caso de desatualização, era permitido administrar a vacina nesse momento ou, no caso de impossibilidade, agendar para a próxima consulta. Esta atividade

tinha como finalidade cumprir o estipulado pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV) na população inscrita na USF, melhorando a taxa de vacinação da população inscrita. Durante o estágio vivenciou-se várias situações de recusa da vacinação tanto de pais em relação aos seus filhos como de adultos. Em algumas situações, após a informação sobre as vantagens e desvantagens da vacinação foi possível proceder à vacinação.

### **Consulta de Hipertensão arterial (HTA)**

Embora, as doenças do aparelho circulatório evidenciem uma redução progressiva do seu peso relativo mantêm-se como a principal causa de morte na população portuguesa (DGS, 2016). Deste modo, o controlo da HTA continua a ter relevância. As atividades desenvolvidas nesta consulta estão orientadas para dar resposta ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, da DGS (2006). Assim, os objetivos preconizados para estas consultas foram:

- Vigiar sinais vitais.
- Melhorar o diagnóstico de hipertensão arterial.
- Aumentar o número de hipertensos controlados.
- Melhorar a gestão do regime terapêutico.
- Promover hábitos saudáveis que contribuam para o controlo da hipertensão.
- Diminuir os factores de risco, tais como, o tabagismo ou o abuso de álcool.

#### *-Atividades realizadas na consulta de HTA:*

A consulta de hipertensão foi uma das mais comuns ao longo do estágio, pois constitui um fator de risco para desenvolver doenças cardiovasculares. Como referimos anteriormente, verificou-se em 2015 um decréscimo progressivo e notório das doenças do aparelho circulatório como causas de morte na população portuguesa, embora mantenha a sua posição de destaque (DGS, 2016). Pela primeira vez foi verificado um valor inferior a 30% no seu peso

relativo, dando cumprimento a uma das metas definidas para o Programa Nacional das Doenças Cérebro-Cardiovasculares (DGS, 2016).

A consulta de hipertensão tem uma periodicidade semestral, podendo ter um intervalo menor se o utente se encontrar numa fase de agudização (DGS, 2006).

Na consulta de enfermagem realizavam-se a monitorização dos sinais vitais, peso, altura, edema e pulsos periféricos. Após a avaliação física inicial, os cuidados de enfermagem ao utente hipertenso focavam-se na estimulação do autocuidado e da responsabilidade sobre a sua própria saúde. No tratamento da hipertensão não é suficiente a utilização de medicamentos antihipertensores prescritos pelo médico. Deve-se realizar um conjunto de intervenções dirigidas a reduzir os fatores que contribuem para a hipertensão.

Assim, as atividades de enfermagem dirigiam-se à educação dietética, promovendo hábitos alimentares saudáveis, a redução do peso, considerado um dos maiores fatores de risco das doenças cardiovasculares e a redução de sal nos alimentos. Promoviam-se também mudanças comportamentais, tais como, evitar o consumo de álcool e tabaco; prática de exercício físico regular, adaptado à idade do utente; prática de técnicas de relaxamento e de atividades de lazer que diminuam o stress. Durante as consultas também era fundamental fomentar a medição regular dos valores tensionais e ensinar o utente a reconhecer sinais de agravamento do quadro clínico e orientar sobre quando e como usar a medicação prescrita pelo médico.

#### **Consulta da Diabetes Mellitus**

A Consulta da Diabetes Mellitus destinava-se aos utentes com Diabetes Mellitus diagnosticada e os seus objetivos estavam orientados para o cumprimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes (PNPCD) (DGS, 2012). Os objetivos eram os seguintes:

- Gerir de forma integrada a Diabetes Mellitus.
- Reduzir a prevalência da Diabetes Mellitus, atrasar o início das complicações e diminuir a sua incidência na população.
- Reduzir a morbidade e mortalidade por Diabetes Mellitus.

*-Atividades realizadas nas consultas de Diabetes Mellitus:*

O PNPCD (DGS, 2012), descreve a Diabetes Mellitus como uma das doenças crónicas com a mais elevada taxa de morbilidade e mortalidade na comunidade e expõe, de forma global, uma serie de estratégias e intervenções dirigidas à comunidade com o objetivo de prevenir e controlar a doença. Estas orientações são seguidas pelos enfermeiros da USF nas consultas de enfermagem dirigidas ao utente diabético.

Durante a consulta realizava-se uma avaliação geral dos conhecimentos do utente sobre a Diabetes Mellitus e sobre os seus hábitos de vida, ressaltando a importância de adotar condutas saudáveis em relação à alimentação e ao exercício físico.

Durante a consulta relacionava-se ainda a Diabetes Mellitus com as complicações que se desenvolvem de forma tardia e abordava-se a forma adequada de prevenir estas complicações. Promovia-se ainda a auto-vigilância dos pés e olhos.

Verificou-se, em múltiplas ocasiões, os baixos conhecimentos em relação à deteção de episódios de hipoglicemia e hiperglicemia pelo que foram realizados ensinamentos sobre os sinais e sintomas destas situações e a forma de os prevenir.

#### **Consulta de Saúde infantil**

As atividades da consulta de Saúde Infantil pretenderam dar resposta ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) que está orientado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (DGS, 2013). Os objetivos das consultas foram os seguintes:

- Vigiar o crescimento e o desenvolvimento das crianças e jovens.
- Incentivar o aleitamento materno nos primeiros meses de vida.
- Promover a prática e estilos de vida saudáveis.

- Sensibilizar os pais para a prevenção de acidentes das crianças.
- Valorizar o aproveitamento escolar.
- Intervir precocemente contra a obesidade infantil.
- Dar cumprimento ao PNV.

*-Atividades realizadas no âmbito da consulta de saúde infantil:*

De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013), estas consultas são dirigidas à vigilância, promoção e manutenção de saúde da criança e do jovem, desde o nascimento até a os 18 anos.

A consulta de saúde infantil deve realizar-se a partir da primeira semana após a alta hospitalar. Para tal, deve- se registar o bebé na USF o mais cedo possível e agendar a primeira consulta. De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013) as consultas devem realizar-se nas seguintes idades: Primeira semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 ou 7 anos, 8 anos, 10 anos, 12/13 anos e entre os 15 e os 18 anos.

Em todas as consultas é necessário a apresentação do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e o Boletim de Vacinas, com o objetivo de manter os registos atualizados e a informação mais relevante sempre à disposição do utente e família.

Durante o estágio as atividades foram orientadas segundo a idade da criança. As atividades comuns desenvolvidas foram: avaliação antropométrica e outra relacionada com o desenvolvimento psicomotor, com o objetivo de monitorizar o normal crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; deteção precoce de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e do jovem e que sejam possíveis de correção; vigilância da saúde oral e do crescimento dentário; avaliação do estado nutricional, incentivando hábitos alimentares saudáveis, assim como a prática de exercício físico e a adaptação escolar.

As consultas também se constituíam uma ótima oportunidade para estabelecer uma relação com os pais e realizar ensinamentos e aconselhamentos para a saúde sobre comportamentos saudáveis, crescimento, a importância do meio social da criança e do jovem e a prevenção de acidentes e intoxicações. As intervenções pretendiam ainda apoiar e orientar para o exercício adequado das responsabilidades parentais, promovendo o bem-estar parental.

## Consulta de Saúde materna

As consultas de saúde materna estavam orientadas segundo o Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (DGS, 2015). Os objetivos da consulta de saúde materna eram (DGS, 2015):

- Assegurar a vigilância no período pré-natal e no âmbito de gravidez normal.
- Identificar a gravidez.
- Promover comportamentos saudáveis.
- Promover a adaptação do casal às mudanças na sua dinâmica individual, familiar e social.
- Apoiar após a alta hospitalar a puerpera e realizar as revisões pertinentes.
- Promover o aleitamento materno.

### *-Atividades realizadas no âmbito da consulta de saúde materna:*

Durante o estágio realizou-se um número reduzido de consultas de saúde materna, devido ao facto de existirem duas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica que eram responsáveis pela realização de todas estas consultas. As consultas de saúde materna realizadas ocorreram nos períodos de ausência destas na USF.

As consultas de saúde materna têm como alvo o acompanhamento da mulher grávida e casal com a intenção de garantir uma vigilância da gravidez (DGS, 2015). As consultas eram realizadas para vigilância da gravidez de baixo risco, as gravidezes de risco eram referenciadas para os serviços especializados para um acompanhamento multidisciplinar.

A USF de Faria Guimarães além do acompanhamento da gravidez oferecia um programa de preparação para o parto, realizado às segundas e quintas feiras, por uma das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica.

A primeira consulta de vigilância da gravidez deve acontecer o mais cedo possível. As consultas eram marcadas mensalmente até às 36 semanas de gestação e quinzenalmente até às 40 semanas. Após as 40 semanas de gestação as consultas realizavam-se semanalmente até ao parto. Recomendava-se à grávida para trazer sempre consigo o Boletim de Grávida, o Boletim de Vacinas e todas as análises e provas anteriores, para ter um registo completo e poder fazer em cada consulta uma avaliação global do seu estado de saúde.

Em todas as consultas promovia-se a participação do companheiro ou pessoa significativa para a grávida. Num primeiro momento realizava-se o cálculo da idade gestacional (IG) e procedia-se a uma avaliação inicial do estado físico com uma monitorização dos sinais vitais, peso, a realização de análises de rotina como; o teste de urina Combur<sup>®</sup>, auscultação cardíaca fetal (entre a 6<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semana de IG) e monitorização da altura uterina (entre a 18<sup>a</sup> e a 32<sup>a</sup> semana de IG).

Uma parte fundamental das consultas de saúde materna eram as intervenções de educação para a saúde sobre: cuidados na alimentação, higiene, medidas de conforto, hábitos de sono, promoção do exercício físico, avaliação do consumo de substâncias nocivas como tabaco, álcool ou outras substâncias e avaliação do calendário vacinal. Promoção de suplementos durante a gravidez o mais precocemente possível, tais como, ácido fólico, iodo e ferro, (se não existir contra-indicação) e o rastreio de violência doméstica.

Durante as consultas questionava-se também a grávida sobre a presença de agentes teratógenos (substância química, agente físico, infeccioso) no seu local de trabalho, em casa ou em outros ambientes e que possam interferir no desenvolvimento embrionário ou fetal. Além de relembrar o risco de tomar medicamentos sem prescrição médica. Finalmente, ofereciam-se folhetos informativos sobre cuidados na gravidez com o objetivo de reforçar os ensinamentos realizados durante a consulta.

A consulta de revisão do puerpério deve ter lugar entre as 6 e 8 semanas após o parto. Sempre foi realizada pelas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica da USF. Nesta consulta avaliava-se o estado físico e psicológico da puérpera e realizavam-se ensinamentos sobre os cuidados maternos nessa fase e esclareciam-se dúvidas sobre os cuidados relativos ao recém-nascido e à amamentação.

## **Consulta de Rastreio Oncológico**

As consultas de rastreio oncológico têm como finalidade o diagnóstico precoce e a vigilância da doença oncológica, de acordo com as orientações do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO) (DGS, 2014). Os objetivos destas consultas de rastreio oncológico foram:

- Informar aos utentes da importância do rastreio oncológico.
- Contribuir para a redução das taxas de mortalidade e morbilidade por cancro mediante a marcação das consultas, ensinamentos e colaboração nas recolhas de amostras para análise.

### *-Atividades realizadas nas consultas de rastreio oncológico:*

O rastreio de cancro permite diagnosticar a doença nas suas primeiras fases. Como enfermeiros é fundamental programar ações dirigidas a reduzir a mortalidade por cancro, detetando as primeiras lesões precursoras da doença (DGS, 2014).

A carteira básica de serviços privilegia o diagnóstico precoce da doença oncológica do colo do útero, mama, cólon e recto dada a relação demonstrada com a mortalidade (DGS, 2014). Estas intervenções incluem a identificação da população alvo, a gestão terapêutica e a vigilância após o tratamento.

Durante a consulta realizava-se a avaliação dos sinais vitais, dos hábitos alimentares e estilo de vida. Posteriormente, promovia-se o aconselhamento sobre hábitos saudáveis, sendo a educação sobre a autovigilância parte do eixo central destas consultas.

Relativamente ao rastreio do cancro de mama, preconizava-se a autovigilância da mama durante toda a vida da mulher, especialmente a partir dos 50 anos. Nas consultas ensinava-se como deve ser realizado o auto-exame da mama e estimulavam-se as mulheres a observar e a tocar adequadamente na mama de forma a encontrar possíveis alterações. Explicava-se que devia fazer-se pelo menos uma vez por mês, 3 a 5 dias após a menstruação, as posições a adotar de forma a detectar nódulos, locais de dor ou desconforto ou secreções do mamilo.

Aconselhava-se ainda a realização de mamografia entre os 50 e os 69 anos, de dois em dois anos (DGS, 2014).

Da mesma forma estimulava-se o rastreio precoce do cancro do colón e recto em pessoas entre os 50 e os 74 anos de idade. O cancro de colón e do recto desenvolvem-se a partir de lesões benignas (pólipos), pelo que nas fases iniciais do cancro não existem sintomas. Para o rastreio deve realizar-se a pesquisa de sangue oculto em fezes de dois em dois anos, a partir dos 50 anos; recto sigmoidoscopia cada cinco anos e colonoscopia cada 10 anos. Nestas consultas devia realizar-se a continuidade de cuidados, promover a realização das provas de rastreio e a autovigilância. Aconselhando-se a vigilância face a sinais como: sangue nas fezes, desconforto abdominal, perda de peso ou cansaço constante (DGS, 2014).

O rastreio de cancro do colo uterino é realizado a partir de dois ou três anos após o início das relações sexuais. Realiza-se através de uma citologia cervico-vaginal (exame de Papanicolau), após um exame com resultados normais deve realizar-se de 3 em 3 anos até aos 65 anos. A nossa atividade na consulta foi de promover a vigilância e encaminhar ao médico para realizar a citologia cervico-vaginal. Para promover a vigilância aconselhava-se a realização dos exames, a marcação das consultas e informava-se dos sinais de alerta como: hemorragia vaginal anormal, períodos menstruais mais prolongados e intensos, aumento de corrimento vaginal e dor pélvica (DGS, 2014).

#### **Assistência domiciliária**

Na assistência domiciliar realizam-se os cuidados de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. O objetivo da assistência domiciliar era:

- Garantir os cuidados de enfermagem aos utentes inscritos na USF incapacitados de se deslocarem para obter a assistência sanitária que precisam.

*-Atividades relacionadas com a assistência domiciliar:*

A visita domiciliar encontrava-se incluída na carteira básica de serviços, dirigida a dar resposta aos utentes inscritos na USF que estivessem em situação de dependência física e funcional. Durante o estágio realizei várias visitas ao domicílio de utentes nestas situações. A visita domiciliária destinava-se à prestação de cuidados de forma continuada e à resolução de problemas de saúde, cuja complexidade não requeria institucionalização.

Segundo a OE (2012) a visita domiciliar implica a prestação de cuidados de saúde globais e continuados ao indivíduo e à família na sua própria habitação, com a finalidade de promover ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência ou minimizando os efeitos da deficiência ou da doença terminal.

Os objetivos da visita domiciliar eram estabelecer um plano de cuidados ao utente dependente ou acamado com a intenção de melhorar o seu estado de saúde, o seu bem-estar e proporcionar a participação do utente e família nos cuidados planeados, garantindo-lhes suporte técnico-profissional.

Durante as visitas realizavam-se os cuidados terapêuticos ou tratamentos necessários ao utente. Informava-se o utente e a família sobre o regime terapêutico a seguir, se as suas capacidades cognitivas o permitissem. Assegurava-se em todos os momentos que a informação era corretamente compreendida.

Tentava-se sempre integrar a família nos cuidados, facilitando a adaptação dos conviventes e a aceitação das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento. Cuidar da pessoa dependente também significa cuidar do cuidador. As pessoas cuidadoras necessitam de conforto e apoio nos momentos de sobrecarga, ansiedade, solidão e desamparo.

Durante a visita, através da observação da dinâmica familiar, procurava-se identificar as dificuldades no processo de cuidar que colocassem em risco a segurança do utente e do cuidador. Posteriormente à identificação de necessidades, realizavam-se ensinamentos prevenindo os estados de sobrecarga ou frustração que se geravam em algumas situações.

## **Tratamentos de enfermagem**

As consultas para tratamentos de enfermagem tinham como objetivo:

- Realizar procedimentos de enfermagem na sala de tratamentos.

*-Atividades realizadas na sala de tratamentos:*

Os cuidados de enfermagem prestados nestas consultas foram: Realização de tratamentos de feridas, ensinamentos na área da prevenção de futuras lesões e a administração de terapêutica injetável com prescrição médica. Estes cuidados eram efetuados após agendamento, executados normalmente com certo padrão de regularidade.

O tratamento de feridas era realizado na sala de tratamentos, onde se dispunha de todo o material necessário. Os cuidados mais frequentes eram a monitorização das feridas cirúrgicas ou tratamento de feridas ulcerosas. Segundo o conselho jurisdicional da ordem dos enfermeiros, o enfermeiro tem autonomia para aplicar, prescrever e indicar terapias de forma autónoma no tratamento de feridas (CJ, 79/2012). O tratamento a realizar era decidido face ao tipo de ferida e às características do utente.

O estágio na USF de Faria Guimarães proporcionou-me, uma compreensão mais aprofundada da realidade dos cuidados de enfermagem proporcionados à família. A minha atividade na USF possibilitou o desenvolvimento de competências dinamizadoras e facilitadoras referente ao relacionamento terapêutico frente aos diferentes perfis de utentes, sempre tendo por base o respeito pela pessoa, pelas suas crenças e cultura.

Assim, este estágio na USF foi uma mais valia para a minha formação profissional na área da comunidade e como diz Hanson (2001, citado por Dias, 2011, p.19) “A base da Enfermagem Comunitária alicerça-se em primeira instância na célula e na matriz social em que essa comunidade existe, em harmonia com o meio, que são as famílias”. Percebendo a enfermagem

comunitária e familiar como complementares na prestação de cuidados a nível da saúde de famílias, grupos e comunidades.

### **1.3. Desenvolvimento de competências na área da comunidade**

O terceiro e último período de estágio decorreu entre Março e Junho de 2016, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Campanhã, inserida no ACES Porto Oriental, que abrange a área geográfica das freguesias de Campanhã e do Bonfim. O objetivo do estágio nesta unidade foi o de aprofundar os conhecimentos e desenvolver competências para responder às necessidades de saúde das populações.

A UCC é uma unidade funcional cuja função é “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, na área domiciliar e comunitária dirigido a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeiram acompanhamento próximo” (Decreto-Lei nº28/2008, p. 6053).

As UCC são unidades funcionais criadas pelo Decreto Lei nº28/2008, no âmbito de uma nova reforma dos cuidados de saúde primários, que levou à constituição dos ACES. Esta reorganização teve como objetivos a obtenção de ganhos em saúde, a melhoria da acessibilidade e equidade nos cuidados. Como já foi referido anteriormente, do ACES fazem parte outras unidades funcionais, para além da UCC: as USF, UCSP, USP e a URAP. Todas estas unidades operam de forma a assegurar, em termos legais e assistenciais, a prestação de cuidados de saúde primários à população da área geográfica que abrangem.

A equipa da UCC é constituída por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais de acordo com as necessidades e a disponibilidade de recursos (Decreto Lei nº28/2008, Artigo 11). São coordenadas por um enfermeiro qualificado (com título de enfermeiro especialista e experiencia nesta área profissional) (Decreto Lei nº28/2008, Artigo 15).

A equipa da UCC desenvolve as suas atividades com autonomia organizativa, funcional e técnica de acordo com a lógica estrutural do ACES em que se encontra integrada. As atividades realizadas são suportadas financeiramente pelo ACES, mediante negociações anuais que se

apoiam numa carta de compromisso. Segundo a OE (2008, p.2) *“A intervenção da UCC é orientada para a execução dos Programas de Saúde da Direcção Geral da Saúde, Plano Nacional de Saúde e nos seguintes settings: escolas, locais de trabalho, prisões, universidades, locais de lazer, amas, infantários, lares, domicílios, comunidades de risco, entre outros”*. Assim, o enfermeiro na UCC trabalha fornecendo respostas às necessidades de saúde das populações, mediante a execução dos programas de saúde da DGS e PNS.

Na UCC de Campanhã, tal como nos anteriores locais de estágio foi realizada uma reunião com a coordenadora do mestrado de Enfermagem Comunitária e a enfermeira coordenadora da UCC e tutora para orientar o desenvolvimento do estágio. O facto da tutora ser a enfermeira coordenadora da UCC constituiu uma mais valia em relação à orientação das atividades a desenvolver. Para organizar o estágio foi preciso negociar os seus objetivos.

Os objetivos específicos para o estágio na UCC de Campanhã foram:

- Conhecer o funcionamento da unidade e a dinâmica da equipa.
- Participar no trabalho da equipa.

Seguidamente serão descritas as atividades realizadas para a consecução dos objetivos delineados.

- **Conhecer o funcionamento da unidade e a dinâmica da equipa**

A UCC funciona de segunda a sexta feira das 8 às 20 horas e fins de semana e feriados das 9 às 17 horas, só para cuidados programados. O seu espaço físico é constituído por uma área central composta por dois gabinetes para a gestão e planificação das atividades, um armazém de material e o refeitório. O espaço não era tão amplo como o das unidades onde se realizaram os estágios anteriores, pois a prestação de cuidados na UCC ocorria fora da unidade física, no domicílio e instituições na comunidade.

A equipa multidisciplinar era constituída por seis enfermeiras (uma com especialidade de enfermagem comunitária, duas com a especialidade de saúde materna e obstetrícia, duas com

a especialidade de médico-cirúrgica e uma com a especialidade de reabilitação), um médico, um assistente social, um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista e um higienista oral.

Os projetos de intervenção na UCC de Campanha eram os seguintes:

#### **No âmbito de saúde escolar**

- Inclusão escolar.
- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE).
- Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE).
- Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA).
- Educação para a saúde em estilos de vida saudáveis.
- Programa Nacional de Saúde Oral.

#### **No âmbito da saúde materna e parentalidade**

- Preparação para a parentalidade.
- Preparação para o parto.
- Apoio na amamentação.
- Massagem ao bebé.
- Recuperação pós-parto da puérpera.
- Apoio domiciliário às recém-mamãs e aos recém-nascidos.

### **No âmbito das crianças e jovens em risco**

- Acompanhamento multidisciplinar de crianças e famílias vulneráveis.
- Articulação com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), rede social e equipas de saúde familiar.

### **Outros**

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).
- Projeto no âmbito do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.
- Projeto no âmbito da saúde do idoso.
- Projeto no âmbito da doença pulmonar obstrutiva crónica.
- Parcerias com instituições da comunidade e instituições de ensino universitário.
- Participação em projetos de investigação.

É importante ressaltar o facto de que nem todos os projetos de intervenção apresentados se encontravam ativos ou numa fase apropriada para a nossa intervenção. Devido à duração do estágio e à nossa grande vontade de participar em todas as áreas disponíveis foi decidido com a tutora colaborar apenas nas seguintes áreas: saúde escolar, saúde materna e na ECCI.

Devido à multiplicidade de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da UCC o estágio foi estruturado de forma a dar resposta às necessidades de aprendizagem. Desta forma, o horário

foi decidido com a enfermeira coordenadora da unidade, de acordo com os objetivos do estágio e a disponibilidade das enfermeiras da equipa da UCC.

Toda a equipa contribuiu para a minha integração mostrando-se disponível para esclarecer dúvidas, explicando abertamente a dinâmica do serviço, partilhando conhecimentos e experiências que contribuísem para a minha adaptação ao serviço e, conseqüentemente, para a minha formação.

- **Participar no trabalho da equipa**

#### **Área da saúde escolar**

A educação para a saúde é um dos caminhos para a promoção e adoção de condutas benéficas para a saúde, alterando comportamentos de risco, sendo a escola um local ótimo para desenvolver este trabalho.

A saúde escolar é uma parte essencial do sistema de saúde no que se refere ao processo de promoção e educação para uma população saudável. O seu principal objetivo é favorecer o desenvolvimento e a gestão de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar contribuindo assim, para a sua qualidade de vida (DGS, 2015).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNS) (DGS, 2015) visa contribuir para melhorar a saúde das crianças e dos jovens, de forma a garantir mais educação e melhores aprendizagens, mais equidade e maior participação e responsabilização da comunidade educativa com o desenvolvimento saudável e sustentável.

Na UCC, os enfermeiros responsáveis pela saúde escolar têm como objetivo fundamental a melhoria do nível de saúde da comunidade escolar da área geográfica de Campanhã.

*-Atividades realizadas no âmbito da saúde escolar:*

No âmbito da saúde escolar, participei nas atividades focadas na Diabetes Mellitus, colaborando na XXIII Feira da Saúde que decorreu na Freguesia do Bonfim, no dia 18 de Maio de 2016. A Feira de Saúde foi dirigida em especial ao Agrupamento de Escolas da Freguesia do Bonfim, as escolas que aderiram trouxeram os seus alunos durante o dia inteiro para que participassem e beneficiassem das atividades promovidas pelas entidades presentes. Esta Feira de Saúde realizou-se com a colaboração da UCC de Campanhã, da USP do ACES Porto Oriental e outras instituições e organismos públicos, tais como, os bombeiros e o corpo de Polícia do Porto.

Esta feira da saúde foi preparada no âmbito deste estágio por mim e por outra colega do curso de MEC. Após a discussão com a coordenadora da UCC foi decidido focar a nossa atenção na saúde alimentar, de forma a promover uma alimentação equilibrada e saudável.

Neste âmbito, criamos um folheto dirigido à população sobre a importância de uma alimentação saudável, seguindo as orientações da DGS (Anexo II). Realizamos ainda sessões de educação para a saúde (EpS). Esta atividade foi realizada após captar a atenção dos estudantes, através da distribuição de balões e quando tínhamos a sua atenção, realizávamos EpS de curta duração, com o objetivo de explicar-lhes de forma clara e simples a roda dos alimentos.

Para verificar a aquisição de conhecimentos utilizamos como estratégia um jogo: “O semáforo dos alimentos”. Tratava-se de um semáforo de grandes dimensões onde se solicitava aos estudantes que ordenassem os alimentos por cores segundo as vezes que deviam ser consumidos por semana. Assim, os de cor vermelha, os menos recomendáveis, deviam ser consumidos de forma limitada; os de cor amarela, os alimentos que deviam ser consumidos com moderação; os de cor verde, os alimentos que podiam ser consumidos todos os dias pois favorecem o crescimento saudável.

Durante o dia foram realizadas atividades, aproveitando todas as oportunidades para fomentar a importância de uma boa alimentação. Podiam participar não só as crianças/estudantes, mas também todas as pessoas que passavam pelo local e que se mostrassem recetivas a participar e a contribuir para o sucesso da Feira da Saúde. Quer os

folhetos quer o jogo do semáforo foram bem acolhidos pelas crianças, adultos e idosos. Mediante esta atividade foram esclarecidos muitos mitos sobre os grupos de alimentos.

No âmbito da saúde escolar, foi evidenciado que a utilização de estratégias criativas e inovadoras, podem ser uma mais valia no referente aos ganhos em saúde. Assim, a Feira da Saúde surgiu como estratégia dirigida à aquisição de conhecimentos pela população.

### **Área da saúde materna**

Durante o estágio na Unidade de Saúde Familiar, no Centro de Saúde de Faria Guimarães, tive a oportunidade de realizar a vigilância da gravidez de baixo risco, dirigindo os cuidados às grávidas e às suas famílias em parceria com os enfermeiros especialistas na área de saúde materna e obstetrícia, responsáveis pela operacionalização do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (DGS, 2015), que inclui a vigilância pré-natal, a visita à puerpera e recém-nascido.

Durante este estágio prossegui complementando os conhecimentos adquiridos anteriormente no estágio na USF. Embora, esta seja uma área própria dos enfermeiros especialistas na área de saúde materna e obstetrícia, aproveitei esta experiência numa perspetiva de enfermagem comunitária para conhecer as atividades de promoção da saúde dirigidas à mulher grávida, à sua família e comunidade.

#### *-Atividades realizadas no âmbito da saúde materna:*

No âmbito da Saúde Materna, as atividades que tive a oportunidade de participar foram: vigilância da saúde materna e saúde sexual e reprodutiva e facilitação de processos de adaptação e transição para a parentalidade.

Assim, durante o estágio colaborei com as duas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia da UCC de Campanhã. As suas atividades foram dirigidas às grávidas da Freguesia do Bonfim e Campanhã.

Como estratégia de abordagem cada uma das duas enfermeiras tinha um grupo grávidas para realizar o curso de preparação para o parto e parentalidade, em que uma das enfermeiras da UCC se dedicava ao grupo de gestantes da área do Bonfim e a outra ao grupo de gestantes da área de Campanhã. Tive a oportunidade de colaborar nos dois grupos.

A preparação para o parto e parentalidade está dirigida à preparação de casais para a gravidez, o parto, a paternidade e a maternidade, fornecendo ferramentas para a vivência e experiência de um parto e uma parentalidade gratificante e responsável (OE, 2012).

Os cursos de preparação para o parto e parentalidade, realizados pela UCC de Campanhã, incluíram sessões com matéria dirigida a capacitar e empoeirar cada grávida, casal ou familiares significativos presentes a vivenciar a gravidez de forma saudável e promover um projeto familiar positivo.

As sessões eram dirigidas a todas as grávidas com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas ou casal inscritos na área de abrangência da UCC de Campanhã. A estrutura das sessões tinha um padrão fixo, os conteúdos eram adaptados de acordo com as necessidades do grupo.

Cada sessão começava com uma componente teórica. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Ordem dos Enfermeiros definiu sete grandes temáticas: trabalho de parto, analgesia de parto, aleitamento materno, puerpério, cuidados ao recém nascido, recolha de células estaminais e sexualidade na gravidez e puerperio (OE, 2012). As enfermeiras especialistas em enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da UCC encarregavam-se de abordar estes conteúdos. As sessões decorriam num clima informal, permitindo sempre aos participantes partilhar conhecimentos e experiências. Esta partilha permitia desmitificar ideias preconcebidas ou erradas.

A segunda parte das sessões era constituída por uma componente prática, onde se realizavam exercícios de preparação para o parto, mediante a mobilização da zona pélvica com a bola de pilates e os exercícios de respiração. A partir da 37ª semana era também ensinado às mulheres exercícios para facilitar o período expulsivo.

A componente prática tem em vista a promoção dos exercícios de tonificação do pavimento pélvico, a promoção da vinculação da grávida, acompanhante e bebé, o desenvolvimento de técnicas de conforto durante o trabalho de parto (técnicas de respiração, massagem, bola de parto...). E também, fomentar o papel do acompanhante no conforto da parturiente durante o trabalho de parto e período expulsivo (OE, 2012).

Durante todas as sessões incentivavam-se os companheiros a participar e a expor as suas opiniões de modo a ressaltar a importância do seu papel parental. Verificou-se uma presença considerável de companheiros durante estas sessões, nomeadamente nas teóricas.

Verifiquei durante as sessões a importância da enfermeira na identificação das necessidades das grávidas e casal inseridos na comunidade. Em consequência da multiplicidade de famílias e da diversidade cultural dos participantes nestas sessões tive a oportunidade de conhecer as diferentes preocupações que atingem cada membro do casal, segundo o seu modelo familiar, isto é, de acordo com a existência de filhos anteriores, companheiros anteriores, relações familiares, etc.

Também estas sessões eram aproveitadas para, num ambiente de confiança, fomentar a promoção da saúde e a prevenção de fatores de risco sobretudo em relação à preparação do ambiente para a chegada do bebé.

A comunidade oferece uma oportunidade para os enfermeiros intervirem com o objetivo de ensinar, respeitar e construir uma relação de confiança para ir ao encontro das necessidades da grávida e/ou casal. É fundamental saber comunicar com a grávida e/ou casal, pois promove a identificação precoce de situações vulneráveis ou de risco e a sua posterior resolução, com o apoio de uma equipa multidisciplinar.

De forma geral, a prestação de cuidados ao grupo de grávidas permitiu vivenciar um conjunto de experiências que podem constituir-se de grande importância a nível profissional. Esta área de enfermagem constituiu uma mais valia como enfermeira de saúde comunitária pela proximidade à saúde da mulher e família ao longo de seu ciclo de vida reprodutivo.

## Área da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

A equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) é uma tipologia de resposta de prestação de cuidados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e são parte essencial do ACES para garantir a cobertura dos cuidados de saúde primários e estão inseridas nas UCC. Segundo o Artigo 3º do Decreto-Lei 101/2006 os Cuidados Continuados integrados constituem *“O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”*.

Assim, as ECCI são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e constituem a resposta assistencial referente aos cuidados domiciliários. Segundo o descrito no Manual de Procedimentos pela implementação e desenvolvimento da ECCI da ARS Norte *“Pretende-se que as ECCI constituam equipas de referência numa lógica de cuidados globais e integrados que apoiem e facilitem a continuidade dos cuidados, proporcionando à população a mais avançada assistência”* (ARSN IP, 2014, p. 9).

A equipa de ECCI deve ser multidisciplinar e ter um número suficiente de elementos para prestar cuidados seguros e de qualidade à população que abrange. Segundo a ARSN (2014) a equipa multidisciplinar da ECCI é constituída por: nutricionista, psicólogo e fisioterapeutas, todos eles direccionados à prestação de cuidados de forma integrada no domicílio.

### *-Atividades realizadas no âmbito da ECCI:*

Durante o estágio na UCC tive a oportunidade de realizar o acompanhamento das atividades na ECCI de Campanhã. Mas, devido à duração do estágio não foi possível conhecer todos os profissionais desta ECCI. Da equipa da ECCI desenvolvi atividades com três enfermeiras (duas com a especialidade de médico cirúrgica e uma com a de reabilitação) um médico e um assistente social. Todos os elementos organizavam-se de forma a prestar cuidados de

reabilitação, geriátricos e paliativos, permitindo um campo ótimo para a aquisição de competências nesta área dos cuidados de saúde primários.

No que se refere a conhecer e desenvolver competências na área da ECCI, é de referir que a integração na equipa foi efetuada nos dois primeiros dias de estágio e desde logo foi-me permitido o acompanhamento e a prestação de cuidados.

A população alvo da prestação de cuidados foi a seguinte: pessoas em situação de dependência, acamadas a maior parte do tempo e que dependiam maioritariamente de terceiros para a realização das atividades da vida diária e pessoas em situação de marcada impossibilidade, transitória ou permanente, de se deslocar dos seus domicílios e procurar os cuidados de saúde. Assim, como, familiares cuidadores do utente dependente ou doentes, necessitados de suporte psicológico ou formativo.

Em cada dia da semana estava fixado um número de doentes, pelo que foi possível conhecer e prestar cuidados à totalidade dos doentes seguidos pela ECCI. Sem dúvida o limite temporal de estágio não me permitiu o seguimento dos casos.

Durante a visita domiciliária realizava-se a avaliação inicial dos doentes, questionando-se sobre os dados biográficos, círculo de convivência, antecedentes clínicos, hábitos da vida diária, autocuidado e gestão do regime terapêutico. De acordo com a avaliação eram implementadas um conjunto de intervenções (cuidados terapêuticos e educacionais) no sentido de melhorar as condições de vida e bem-estar do utente em situação de dependência e família.

Durante a prestação de cuidados verifiquei que as intervenções de enfermagem mais frequentes foram dirigidas aos doentes com sondas vesicais, nasogástricas, à administração de terapêutica injetável e à realização de pensos por úlceras de pressão e venosa. Outra parte fundamental na prestação de cuidados ao doente e /ou família/prestador de cuidados, foram os ensinamentos de forma a promover uma assistência eficaz.

Foi observado nas visitas domiciliárias que muitos doentes e familiares se sentiam isolados e cansados, uma vez que em muitos casos os cuidados eram da responsabilidade de uma só pessoa. Observei como múltiplos prestadores de cuidados familiares, ou o utente estavam muitas vezes sozinhos, esperando ansiosamente que chegasse a hora do enfermeiro efetuar a visita domiciliária. Para estas pessoas o momento da visita domiciliária era uma oportunidade para esclarecer dúvidas, partilhar opiniões, acontecimentos e alegrias.

Assim, durante o acompanhamento da ECCI constatei que esta tinha como metas a prevenção da doença, a administração da terapêutica, reabilitação e reinserção social do doente, tal como é preconizado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Tendo como foco de atenção a promoção do bem estar e a minimização dos problemas de saúde. A ECCI é um excelente recurso da comunidade, permitindo a avaliação das necessidades reais dos indivíduos e famílias no domicílio.

Para além das atividades integradas nos projetos da UCC, no âmbito do estágio, realizei uma investigação sobre a prevenção do pé diabético. No momento não existia na UCC nenhum programa ativo que abordasse a prevenção do pé diabético. Assim, propuseram-me elaborar um projeto de programa de intervenção nessa área para uma futura implementação (Anexo I). Tanto o programa como o cronograma das sessões, foram apresentados e cedidos para utilização na unidade quando oportuno.

## **2. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO**

Este estágio profissionalizante decorreu com fluidez e foi resultante de muita motivação e esforço desenvolvido durante todo o ano. No decorrer deste percurso formativo foram vividas experiências na área de intervenção da saúde comunitária, que permitiram desenvolver competências necessárias à obtenção do grau de mestre em Enfermagem Comunitária.

Os capítulos anteriores descrevem as atividades realizadas e as competências desenvolvidas durante a prática assistencial. O exercício de complementar a assistência com uma base teórica foi fundamental para prestar cuidados de forma consciente e fundamentada, além de permitir reconhecer e mudar um conjunto de práticas adquiridas de forma mecânica e inconsciente. Tudo isto, constitui uma mais valia no aperfeiçoamento do agir e contribui para a auto-análise crítico-reflexiva contínua, incentivando o exercício profissional de qualidade.

Nesta linha pode-se falar do processo de auto-formação que entra em funcionamento no momento no que a pessoa analisa as próprias necessidades de formação e dirige os seus esforços para preencher esse vazio de forma a prosseguir a melhor formação possível.

Como foi explicado anteriormente, o estágio foi estruturado em três períodos e contextos, o que implicou uma ampla articulação de saberes técnicos, científicos e humanos que promoveram a qualidade da prática assistencial como mestranda em enfermagem comunitária.

No primeiro período de estágio, o contacto com crianças em contexto hospitalar, no serviço de urgência pediátrica, foi um contributo muito positivo, pois permitiu aprofundar conhecimentos na área de pediatria e o crescimento profissional.

Durante o estágio evidenciou-se que são muitos os pais que recorrem ao serviço de urgência por problemas básicos, ao mínimo sinal de alarme. As pessoas que acorrem ao serviço de urgência com os seus filhos preocupados, face a uma situação que não conseguiram controlar. Uma grande parte destas situações não é urgente e podem ser resolvidas nos centros de saúde. Uma prestação de cuidados de qualidade por parte do enfermeiro especialista em

enfermagem comunitária implica uma abordagem da situação de saúde que evite que os serviços de urgência hospitalares não fiquem sobrecarregados com utentes com problemas de saúde não urgentes. Fornecer informação à população acerca dos serviços à sua disposição e a forma adequada de utilização é também um papel importante dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária.

Embora, tivesse compreendido a importância de um bom atendimento no âmbito dos cuidados de saúde primários, detectando e resolvendo situações e, conseqüentemente, contribuindo para que as pessoas não recorram sem motivo urgente ao serviço de urgência hospitalar, neste estágio adquiri consciência dos limites de atuação como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

Por este motivo, o estágio no serviço de urgência de pediatria foi predominantemente de observação. No entanto, constituiu um cenário ótimo para a aprendizagem. O limite temporal do estágio exigiu uma adaptação rápida, mas bem sucedida com a colaboração da enfermeira tutora e da restante equipa.

O estágio no ACES Porto Oriental, na USF e UCC, constituiu um momento muito gratificante, o que em grande parte se deveu à qualidade dos tutores que se mostraram excelentes profissionais de saúde e que tiveram disponibilidade para ensinar diariamente como se realizava o seu trabalho de forma a satisfazer as necessidades dos seus utentes.

Ao longo deste ano realizei atividades que me fizeram aprofundar os meus saberes em grandes áreas de saúde comunitária. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve promover um meio facilitador da relação terapêutica, com base nos princípios éticos e deontológicos. Um dos aspetos mais gratificantes foi a relação existente entre o utente e o enfermeiro (sobretudo no contexto das consultas da USF e das visitas domiciliárias na UCC), ou seja, a forma como o utente depositava toda a confiança no enfermeiro. Esta confiança contribuía para a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença.

As consultas de enfermagem realizadas na USF de Faria Guimarães, permitiram-me constatar que muitos utentes não conheciam a sua doença e o uso correto da sua terapêutica. As orientações do enfermeiro foram fundamentais para reduzir a dificuldade na adaptação e controlo da doença pelo utente e família.

Na UCC realizou-se um trabalho essencialmente focado na prevenção da doença e na promoção da saúde, tal como continua a ser preconizado no âmbito da enfermagem comunitária, através de sessões de educação educação para a saúde. No entanto, não foi descurada a prestação de cuidados curativos no domicílio do utente.

A participação na operacionalização de alguns Programas Nacionais de Saúde implementados na UCC permitiu um desenvolvimento pessoal e profissional. Devido ao facto de não existir unidades deste tipo no meu país, o estágio na UCC resultou numa experiência profissional nova, pelo que se procurou participar em todas as atividades possíveis.

Por último, pode dizer-se que o desenvolvimento de competências está ancorada em dois eixos que se entrelaçam entre si com o objetivo da construção do saber: a preparação em contexto académico de uma base teórica sólida e a formação prática em contexto profissional. Sendo assim, este curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária fornece uma oportunidade para a articulação dos conhecimentos teóricos e a prática profissional, permitindo o desenvolvimento de competências no âmbito de enfermagem comunitária.



### **3. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NO UTENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 – UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Neste percurso formativo foi proposta a realização de uma revisão integrativa. Esta investigação tinha que surgir de uma situação vivenciada da prática clínica, de forma a contribuir para um melhor conhecimento no que respeita à temática selecionada.

Optamos pelo papel dos enfermeiros na prevenção do pé diabético, pela elevada incidência deste problema. A Diabetes Mellitus afeta 12,4 % dos portugueses e um grande número de pessoas a nível mundial, cerca de 400 milhões em todo o mundo, sendo por isso considerada uma pandemia do século XXI. O mau controlo da doença e o tempo de evolução são responsáveis por diversas complicações, sendo o pé diabético uma das repercussões mais drásticas (Costa, 2016).

Durante o período de estágio na USF tive a oportunidade de prestar assistência a grande numero destes utentes, que recorriam à consulta de enfermagem para tratamentos. No caso da UCC, a equipa da ECCI e eu, deslocavamo-nos ao domicilio para prestar os cuidados necessários.

Apesar da educação para a saúde sobre o autocuidado, principalmente no que se refere aos cuidados aos pés, as pessoas reconhecem que nem sempre os fazem de forma adequada. O facto da pessoa ser conhecedora de que o ter uma Diabetes Mellitus traz uma maior probabilidade de desenvolver problemas a nível do pé, não é suficiente para que adote condutas preventivas.

A problemática da Diabetes Mellitus tipo 2 apresenta elevada importância para a saúde pública, pelas suas principais complicações, nomeadamente, a problemática do pé diabético, uma das complicações alvo do utente com patologia diabética, que necessita de uma estratégia de abordagem eficaz.

### 3.1 . A problemática da Diabetes Mellitus tipo 2

O século XX caracteriza-se por importantes transformações no crescimento e na composição da população, com repercussões na vida social e económica dos países. O envelhecimento passou a ser considerado um fenómeno contemporâneo e mundial. O crescimento acentuado da prevalência da Diabetes Mellitus deve-se a estas rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas bem como à adoção de estilos de vida de risco (DGS, 2013). A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, com elevados custos económicos, em rápida expansão por todo o mundo. Calcula-se que Portugal terá, na segunda década deste século, cerca de 700 000 diabéticos (APDP, 2010).

A Diabetes Mellitus tornou-se atualmente um dos maiores problemas de Saúde Pública do mundo, pois o número de pessoas que sofrem desta doença tem aumentado muito nas últimas décadas, e de forma especial, nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (APDP, 2004). Considera-se que, na Europa, o número de diabéticos ronda os 30 milhões e para o ano 2025 poderá aumentar para 300 milhões em todo mundo. Os EUA, a Índia e a China serão os países com maior número de diabéticos em 2025 (APDP, 2004). Estima-se que estes números aumentem 16,6% até 2030 tendo em conta: a proliferação da obesidade; o progressivo envelhecimento da população europeia, os fatores genéticos, a vida sedentária e os hábitos nocivos como o tabagismo (PE, 2012).

A Diabetes Mellitus apresenta uma configuração diferente, de acordo com a região do mundo e com o contexto em que se insere, mas sempre com um crescimento progressivo. Esta doença tem uma incidência maior no grupo etário superior aos 45 anos, e, além disso, surgem cada vez mais casos em idades mais jovens (DGS, 2012).

Segundo a Resolução do Parlamento Europeu sobre Diabetes: *“Considerando que a Diabetes Mellitus tipo 2 diminui a esperança de vida em 5-10 anos e que a Diabetes tipo 1 reduz a esperança de vida em cerca de 20 anos; atribuem-se à diabetes 325 000 mortes anuais na União Europeia (UE), ou seja, um cidadão de dois em dois minutos”* (PE, 2012).

Dados do Parlamento Europeu revelam que 75% dos doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 não tem um controlo eficaz da sua doença. Este facto traduz-se, para a pessoa diabética, num aumento de complicações na sua vida diária, a diminuição de produtividade e custos para a sociedade (PE, 2012). Segundo Brito de Sá et al. (2015), a Diabetes Mellitus é responsável por mais de 10% das despesas de saúde e tudo indica que esses custos, de forma inevitável, aumentem, devido ao crescente número de doentes diabéticos, envelhecimento populacional e diversas comorbidades.

Em 2010 a Diabetes Mellitus em Portugal atingiu 12,4% da população envolvida entre os 20 e os 79 anos, desses, apenas 7% tinham o diagnóstico (DGS, 2012). No ano 2014, a Diabetes Mellitus assume 4 % das mortes, situando-se logo atrás das doenças cardiovasculares, oncológicas e respiratórias. Constatando-se nesta última década, uma diminuição do número de anos potenciais de vida perdida (SPD, 2014).

Segundo dados do Observatório Nacional da Diabetes (OND), a prevalência na população portuguesa da Diabetes Mellitus foi de 13,3%, isto é mais de 1 milhão de portugueses. É de realçar uma diferença entre a prevalência da Diabetes Mellitus entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%). Verifica-se um aumento da taxa da Diabetes Mellitus com o aumento da idade, mostrando uma correlação direta entre a prevalência e o envelhecimento dos indivíduos (SPD, 2016).

Um dos primeiros programas nacionais para a saúde pública que se criaram em Portugal foi o Programa Nacional para a Diabetes, que apareceu pela primeira vez na década de setenta. Este programa tem sido atualizado ao longo do tempo, através de diversas revisões, começando em 1992 pela então Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primárias e sendo reformulado em 1995 à raiz de uma nova visão que exigia a interconexão entre os cuidados de saúde primários e hospitalares (DGS, 2008). Em 1998 o Programa Nacional de Controlo de Diabetes, foi atualizado e revisto criando o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes visando uma gestão integrada da Diabetes Mellitus e da formação de parcerias com os profissionais que se confrontam com ela, insistindo na total vigilância da doença (DGS, 2012). Algum tempo depois, criou-se como acompanhamento o Guia do Diabético, como contributo para a melhoria e co-responsabilização do utente diabético com várias normas de boas práticas profissionais na abordagem da doença (DGS, 2012).

Atendendo à necessidade de inverter a tendência de crescimento da Diabetes Mellitus, Portugal assinou, já no ano 1989, a Declaração de St. Vincent, participando no plano para reduzir as principais complicações da Diabetes Mellitus: doenças coronárias, insuficiência renal, cegueira e amputações (DGS, 2008). Em Lisboa voltou a celebrar-se, no ano 1997, a *Fourth Meeting for the Implementation of the St. Vincent Declaration Diabetes Care and Research in Europa*, com a participação de representantes de mais de sessenta países. A qual foi efetuada com a colaboração da Organização Mundial de Saúde (OMS), Federação Internacional de Diabetes (IDF) e a Direção-Geral da Saúde (DGS). Nesta reunião, sublinhou-se a importância na luta contra as complicações da Diabetes Mellitus (DGS, 2008).

Em resposta às novas necessidades da população, a DGS em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SDP) e a Associação Protetora dos Diabéticos (ASPD) analisou as estratégias nacionais em vigor em 2008. Compilando assim, a versão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) integrado de novo pelo Ministério no Plano Nacional de Saúde (PNS) (DGS, 2012).

No programa Nacional de saúde, revisão e extensão a 2020, constituído como base ao programa nacional 2012-2016 em conjunto com as principais orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (aprovada por todos os estados membros em setembro de 2013), apresenta-se um carácter agregador e orientador considerando as medidas consideradas mais relevantes para a obtenção de mais ganhos/benefícios em saúde para a população de Portugal (DGS, 2015).

### ***O que é a Diabetes Mellitus?***

A Diabetes Mellitus é uma doença metabólica de carácter crónico, que apresenta uma alteração da capacidade metabólica, desencadeando um aumento anormal de glicose no sangue, designada por hiperglicemia. Este aumento é produzido nalguns casos, pela insuficiente produção de insulina, noutros deve-se à sua insuficiente ação e, frequentemente à

combinação destes dois fatores (ERS, 2011). Normalmente, as células de nosso organismo absorvem a glicose, que posteriormente ao ser queimado, fornece energia (APDP, 2010). Por conseguinte, a glicose resulta da digestão e transformação dos amidos e açúcares da nossa alimentação; dá-se a apropriação e incorporação na circulação sanguínea que permanece disponível para ser utilizada pelas células. Se a glicose não for utilizada, acumula-se no sangue, expulsando-se logo pela urina. Para que a glicose possa ser utilizada como fonte de energia é preciso a intervenção de uma hormona, a insulina (APDP, 2004). A insulina é produzida nas células beta ( $\beta$ ), dos ilhéus de Langerhans, um tipo de células do pâncreas, é libertada pelo pâncreas por vários estímulos como são a ingestão de proteínas e carboidratos e sua passagem à corrente sanguínea (APDP, 2010). Este órgão, situado junto ao estômago, produz diversas substâncias, entre elas a insulina, fundamental para o funcionamento adequado do organismo. A sua falta ou ação insuficiente levam a alterações na metabolização dos açúcares, das gorduras e das proteínas, que são as bases de nossa alimentação (APDP, 2010).

A Diabetes Mellitus pode classificar-se em varias categorias:

A Diabetes Mellitus tipo 1 que pode definir-se como a carência de insulina. É uma doença de características autoimune, na qual se destroem as células beta do pâncreas que produzem insulina acabando por originar déficit absoluto da mesma. Esta é a causa responsável por 3-5% dos casos de Diabetes Mellitus no mundo. Desenvolve-se frequentemente em crianças e jovens, mas pode aparecer em qualquer idade (FIB, 2015).

A Diabetes Mellitus tipo 2 produz-se pela resistência da ação da insulina, causada pela combinação da resistência á insulina ou á deficiente secreção do próprio hormônio. Está associada a pessoas com hábitos de vida não saudáveis e constitui 95% dos casos de Diabetes Mellitus existentes no mundo. É característico, sobretudo, na idade avançada, contudo nos últimos tempos está a apresentar-se cada vez mais cedo inclusivé em adolescentes e crianças (ADA, 2015).

A Diabetes Mellitus Gestacional é outro tipo de Diabetes Mellitus e pode ocorrer durante a gravidez. É uma intolerancia á glucose, que aparece ao longo da gravidez, nomeadamente no segundo trimestre, e desaparece quando esta termina. A Diabetes Gestacional afeta 1 de cada 25 gestações e provoca o aumento do índice de morbidade e mortalidade materna e fetal. Estas mulheres que sofrem Diabetes gestacional tem um maior risco de desenvolver Diabetes Mellitus tipo 2 ao longo de sua vida (FIB, 2015).

Existem outros tipos de Diabetes Mellitus devido a outras causas que produzem alterações metabólicas como são; a Diabetes Mellitus neonatal, as alterações pancreáticas que interferam na secreção de insulina, administração de algumas drogas químicas ou transplante de órgãos (ADA, 2015).

O desenvolvimento destes diferentes tipos de Diabetes Mellitus é atribuído a fatores genéticos, epigenéticos, medioambientais e biológicos. Este significa que muitos dos fatores geradores de Diabetes Mellitus escapam ao controlo da pessoa. Contudo, no caso da Diabetes Mellitus tipo 2, que é o tipo mais frequente, este é causado por fatores de riscos que podem ser prevenidos (FIB, 2015). Riscos que consistem em hábitos de vida não saudáveis, que se traduzem em: sobre alimentação ou alimentação inadequada, falta de exercício físico, tensão arterial alta e os níveis elevados de colesterol no sangue (APDP, 2010).

A Diabetes Mellitus tipo 2 desenvolve-se de forma habitual em pessoas com peso elevado e com aumento do perímetro abdominal. Devido ao consumo excessivo de calorias em forma de doces ou gorduras aliadas ao déficit de exercício físico acabam por desenvolver alterações fisiopatológicas caracterizadas pela combinação de resistência à insulina em alguns tecidos como é o caso do músculo, fígado e tecido adiposo (APDP, 2004; FIB, 2015).

Por essas causas, a Diabetes Mellitus tipo 2, é associada a uma doença da idade adulta. No entanto, nos últimos anos, como já referimos, está a aparecer em idades mais jovens; devido principalmente aos maus hábitos de vida que tem invadido as camadas mais jovens da população, em especial dos países mais desenvolvidos (APDP, 2010).

Neste tipo de Diabetes Mellitus as células betas do pâncreas encontram-se com a capacidade de produzir insulina. Porém, uma alimentação pouco saudável e a vida sedentária, com pouco ou nenhum exercício físico, tornam o organismo resistente à ação da insulina, (insulino resistência), obrigando o pâncreas a aumentar sua capacidade produtiva para reduzir os valores glicêmicos, até que a insulina deixa de ser suficiente devido a uma disfunção nas células B pancreáticas que contribuirá para o aparecimento da Diabetes Mellitus tipo 2 (APDP, 2010).

Os sintomas típicos da Diabetes Mellitus, em relação com o aumento da glicemia são; poliúria, polifagia, polidipsia, xerostomia, fadiga, prurido em algumas partes do corpo e visão turva (APDP, 2004). No adulto é habitual a Diabetes Mellitus não apresentar sintomas no seu início, o que faz com que possa manter-se oculta durante anos. O diagnóstico da Diabetes Mellitus

tipo 2 é feito através dos sintomas manifestados pela pessoa e é confirmado com análises de sangue (DGS, 2011).

Segundo a DGS, (2011), o diagnóstico de Diabetes Mellitus é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral: Glicemia em jejum (não menos de 8 horas) de 126mg/dl ou superior em duas ocasiões separadas por um curto período de tempo; Glicemia ocasional de 200mg/dl ou superior, em presença de sintomas diabéticos. A OMS considera que valores acima de 110 mg/dl já são uma alteração da glicemia e alguns estudos atribuem o estado de pré-diabetes acima de 100 mg/dl.

A DGS (2011) de acordo com os anteriores parâmetros estabelece como critério, os valores em jejum acima de 6,5% da hemoglobina glicada A1c (HbA1c) no plasma venoso. A utilização da HbA1c no diagnóstico é seguida pela ADA e recomendada pela OMS (2011). A DGS expõe que o diagnóstico da Diabetes Mellitus numa pessoa assintomática não deve realizar-se na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo confirmar-se numa segunda avaliação após uma ou duas semanas (DGS, 2011).

O aumento de açúcar no sangue pela falta de insulina necessária ou a resistência à sua ação, conduz progressivamente a alterações metabólicas agudas e crônicas. Esta hiperglicemia mantida no tempo provoca lesões patológicas graves em vários tecidos e órgãos. As chamadas doenças tardias da Diabetes Mellitus (ADA, 2015).

### **Complicações da Diabetes Mellitus**

Com o passar dos anos, os doentes com Diabetes Mellitus podem vir a desenvolver uma série de complicações em vários órgãos. Estima-se que aproximadamente 40% das pessoas com Diabetes Mellitus vem a ter complicações tardias graves da sua doença (APDP, 2004). Especialmente nas últimas décadas a Diabetes Mellitus tipo 2 provocou um aumento da mortalidade por complicações. Estas desenvolvem-se de uma forma silenciosa, às vezes encontram-se instaladas desde há algum tempo e não se detetam, isto é, detetam-se

tardiamente. E, deste modo, os efeitos adversos evoluem de forma rápida e implicam um maior risco (Santos et al, 2015).

As complicações agudas - cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica e hipoglicêmica, correspondem a emergências clínicas, que precisam ser identificadas e tratadas no momento, pois, podem por em risco a vida do utente se não forem tratadas a tempo.

São designadas por complicações crônicas as que surgem tardiamente na evolução da Diabetes Mellitus e são promovidas por um controlo insuficiente. A predisposição que cada pessoa Diabética Mellitus tem de desenvolver complicações crônicas é diversa e vai depender da constituição genética individual. Porém, há um grupo de fatores de risco, que fazem com que um indivíduo seja mais susceptível a ter complicações. Estes fatores de risco evidenciam-se por um insuficiente controlo das glicemias, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e tabagismo (Tschiedel, 2014).

Podemos dividir as complicações crônicas da Diabetes Mellitus, quanto á sua causa, em três grandes grupos:

- As complicações microvasculares causadas pela progressiva lesão dos pequenos vasos sanguíneos. Neste grupo encontram-se doenças da retina, ou retinopatia, e as lesões dos rins (nefropatia diabética) (APDP, 2010).
- As complicações macrovasculares causadas pela obstrução das artérias de médio e grande calibre, tem repercussões a nível do cérebro, coração e pés. São exemplo disso os acidentes vasculares cerebrais (AVC), a angina de peito, o enfarte agudo do miocárdio e a gangrena dos membros inferiores (APDP, 2010).
- A neuropatia diabética deve-se à lesão dos nervos periféricos, manifestando-se pela redução de sensibilidade superficial que envolve as partes mais distais do corpo (mãos e pés). As alterações nervosas podem originar a chamada dor neuropática que pode ser muito intensa e de difícil manejo. A perda de sensibilidade aumenta o risco de lesão principalmente nas zonas dos pés, que em conjunto com os défices circulatórios podem originar lesões e infeções graves (APDP, 2010).
- Pode manifestar-se também a impotência sexual no sexo masculino, perda de desejo, incapacidade de orgasmo ou diminuição de lubrificação no sexo feminino. Complicações que nem sempre são valorizadas, mas que têm relevância na qualidade de vida do utente diabético.

A prevenção destas complicações baseiam-se na educação terapêutica, com o objetivo de capacitar a pessoa para a tomada de decisões adequadas na gestão do seu regime terapêutico.

### **Pé diabético**

O pé diabético é um síndrome caracterizado pela existência de neuropatia, isquemia e infecção nos membros inferiores, que com o passar do tempo provocam alterações nos tecidos ou ulcerações originadas por traumatismos. Estas lesões ocasionam aos utentes um aumento da morbidade que pode terminar em amputações (Pinilla, 2011).

O pé diabético é uma das conseqüências mais nocivas da Diabetes Mellitus, é responsável pela ocupação prolongada de camas hospitalares, problema com importantes conseqüências de saúde, sociais e económicas para os doentes, para sua família e para a comunidade. Sendo considerada pela DGS como uma das complicações mais graves da Diabetes Mellitus (DGS, 2001).

Estima-se que a prevalência do pé diabético atinja cerca do 15% da população com Diabetes Mellitus (DGS, 2001). O número de afetados cresce com a idade da população sendo mais elevado no grupo etário que abrange os 45-65 anos. Sendo o risco de amputação para o grupo de pessoas com Diabetes Mellitus 15 vezes mais elevado. A DGS refere que em Portugal a prevalência é de 1200 amputações anuais por causa da patologia diabética, e mais de metade dos doentes, após 5 anos da primeira amputação, já terão sofrido amputação contralateral (DGS, 2001). Na última publicação do relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes Mellitus destacou-se um total de 1250 amputações, no sistema nacional de saúde, em 2015 (SPD, 2016).

A forma mais habitual de se desenvolver o pé diabético começa com a progressiva perda de sensibilidade nos membros inferiores, mais especificamente nos pés. Sendo que numa primeira etapa é comprometida a sensibilidade profunda (sensibilidade vibratória ou de pressão) e com o tempo começa a afetar-se a sensibilidade tátil do pé, dolorosa e térmica

(Castillo,2014). Seguidamente, os grandes vasos sanguíneos começam a obstruir por uma progressiva calcificação das paredes, designado por isquemia, que produzirá alterações de pressão a nível das artérias tibiais e consequentemente alterações na irrigação efetiva dos tecidos. Enquanto, a nível cutâneo se produz um engrossamento e secura da pele do pé que provoca fissuras, calosidades e dificuldade na mobilidade articular, gerando deformidades ósseas e articulares que costumam transformar os dedos em garra (Castillo, 2014).

Conforme o exposto, as lesões do pé diabético podem surgir por duas razões, pela insensibilidade provocada pela neuropatia sensitivo-motora e/ou pela isquemia provocada pela arteriosclerose das artérias dos membros inferiores, sendo a prevalência do pé neuropático cerca de 70% e do pé neuroisquémico de 30%. A fundamental diferença para distinguir estes dois casos é que no pé isquêmico há ausência de pulsos á palpação (DGS, 2001).

Segundo as recomendações da Associação de Diabéticos Americana (ADA) é preciso manter a vigilância em todos os utentes, para detetar precocemente os fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras no pé e consequentemente as amputações. A vigilância do pé deve incluir uma avaliação da integridade cutânea, dos pulsos e teste da sensibilidade cutânea e profunda. Referente à integridade cutânea realiza-se a avaliação do estado das unhas e da pele (secura, presença de calosidades, gretas ou micoses), presença de edema, temperatura, deformidades dos dedos ou rigidez articular. A avaliação vascular realiza-se com a palpação dos pulsos arteriais pedioso e tibial posterior, podendo manifestar-se presente ou ausente. Relativamente á avaliação para identificar a perda de sensibilidade é simples e não requer equipamentos sofisticados. A exploração clínica para identificar perda sensitiva na superfície do pé pode avaliar-se mediante 5 testes fáceis (Monofilamento 10-g de *Semmes-Weinsteine*, prova da picada (pinorick), prova de sensibilidade vibratória com o uso de diapason de 128Hz, avaliação do reflexo aquíleu e umbral da percepção da vibração com biotensiometro) (González, 2014).Qualquer destas provas oferece resultados fiáveis na identificação da alteração da sensibilidade, de acordo com as recomendações da ADA sobre a escolha do método a utilizar é: o uso de monofilamento de 10-g de *Semmes-Weinsteinem* (utilizado como marcador de risco de ulceração) em conjunto com outra prova qualquer das anteriormente mencionadas (Cit. por González, 2014. p.20).

As conseqüências humanas e econômicas pé diabético são muito graves devido á vulnerabilidade adquirida da pessoa. As lesões nervosas, os problemas vasculares e a lenta cura das feridas podem tornar as alterações em úlceras crônicas do pé, difíceis de curar também por suas características polimicrobianas (Bakker, 2015). Os profissionais que trabalham na assistência dos utentes com Diabetes Mellitus, mais especificamente no tratamento de lesões no pé, têm demonstrado que entre 49% a 85% de todos os danos produzidos podem ser prevenidos (Castillo, 2014).

Os principais fatores que contribuem a ocasionar uma lesão, aumentando o risco do aparecimento de complicações na vida dos utentes diabéticos são: doença vascular periférica, neuropatia periférica, deformidades nos pés, pressão plantar, calosidades, história de úlceras prévias, amputações anteriores, tabagismo, idade avançada, tempo de avaliação de doença de mais de 10 anos, mobilidade articular diminuída, controlo metabólico deficiente, calçado não adequado, higiene deficiente dos pés, alcoolismo, baixo nível socioeconômico, falta de educação terapêutica adequada (Castillo, 2014).

A identificação precoce da neuropatia diabética e a educação para o autocuidado são atividades preventivas de primeira linha para diminuir o risco de aparecimento de complicações (Pinilla, 2011). A educação das pessoas diabéticas e dos seus conviventes ou familiares é precisa para prevenir o agravamento do quadro clínico, a realização de uma série de cuidados podem contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Os principais cuidados que a pessoa com Diabetes Mellitus deve ter com os pés são: examinar o pé diariamente com o uso de espelho se necessário para avaliar de forma integral toda a superfície; higiene com água não muito quente e secar bem, sobretudo entre os dedos; hidratação da pele; cuidado das unhas adequado, limá-las e evitar as micoses; ter conhecimento dos agentes agressores e situações de risco como é caminhar descalço; remoção de calosidades por parte de um profissional especialista e vigiar qualquer sinal de alerta.

O calçado é uma das causas mais frequentes de traumatismo continuado, sobretudo nos locais de maior pressão ou maior fricção. Para evitar estes danos é recomendado o uso de palmilhas ou suportes plantares, sobretudo em utentes com risco médio ou alto de desenvolver pé diabético. O uso de calçado deve medir mais um centímetro para além do primeiro dedo do pé (halux) e deve ser o suficientemente alto para não causar danos na parte dorsal do pé; o tacão

nunca deve ultrapassar dois ou quatro centímetros e o local do calcanhar deve estar fixo de forma a que não exista deslizamentos durante a marcha. As meias não podem possuir costuras e elásticos, devem ser de material absorvente como o algodão e fibras naturais ou lã (Castillo, 2014).

### **A educação terapêutica**

A Diabetes Mellitus e as suas complicações poderão ser controladas pelos comportamentos das pessoas. Para isso, os utentes com esta patologia precisam adquirir e desenvolver uma ampla base de conhecimentos e capacidades, tomando decisões relativas a um estilo de vida que favoreçam o seu bem estar e melhorem o autocuidado (FIB, 2007). Portanto, a educação nas pessoas com Diabetes Mellitus deve ser um processo ativo que as ajude a desenvolver competências sobre o seu autocuidado, oferecendo também a quem participa no processo a informação necessária para realizar as tomadas de decisão relativas à sua saúde. A educação acerca da Diabetes Mellitus deve situar a pessoa como o epicentro de uma intervenção contínua, pelo que se torna um processo muito exigente, quase um desafio. É fundamental nesta educação transmitir aos utentes com Diabetes Mellitus a importância de tomar opções saudáveis, promovendo um estilo de vida saudável e incrementando a qualidade de vida da mesma (FIB, 2007).

Perante isto, os profissionais de enfermagem que operam em todas as etapas do processo saúde-doença, devem focalizar o seu trabalho na profilaxia adequada e no diagnóstico precoce do pé diabético, atitude fundamental para diminuir o número de amputações e de mortalidade (DGS, 2011). Assim, o enfermeiro de saúde comunitária é um profissional com competências para liderar a resposta frente a esta problemática, enfatizando a educação como intervenção no autocuidado preventivo.

As pessoas com Diabetes Mellitus de todo o mundo encontram muitos obstáculos e complicações para integrar os regimes terapêuticos e realizar os cuidados intrínsecos à sua

doença. Os programas educativos devem estar desenhados segundo estratégias apropriadas que tratem as áreas de real necessidade e que consigam influenciar a decisão de mudança (FIB, 2007) .Na tentativa de contribuir para melhorar o conhecimento sobre as ações de enfermagem, realizou-se um estudo onde se procura identificar a produção científica entre 2010-2017, sobre as estratégias educativas utilizadas para a prevenção do pé diabético.

Assim, da pesquisa que pretendemos realizar emanou a seguinte questão: Quais as estratégias efetivas de educação/intervenção do enfermeiro na prevenção do pé diabético?.

## **3.2 Metodologia**

Em consequencia da grande quantidade e complexidade de dados no campo da saúde, tornou-se necessário o desenvolvimento de estrategias que foram capazes de estruturar as pesquisas científicas.

Em virtude da enorme quantidade e da complexidade de dados no âmbito da saúde, tornou-se necessário o desenvolvimento de técnicas capazes de estruturar a pesquisa científica e construir etapas metodológicas concisas capazes de clarificar e servir de guia para sua elaboração (Sousa, 2011). O propósito do estudo direciona-se para a abordagem do fenômeno em causa, chegando a este ponto, a opção mais coerente é recorrer à prática baseada em evidencia, com o propósito de promover a melhoria da assistência ao paciente.

A evidencia científica é para a enfermagem fundamental para uma melhor tomada de decisão na prática clinica. Abrange a definição de um problema, a pesquisa da evidencia disponível, a avaliação crítica das evidencias encontradas, sua implementação e avaliação dos resultados. Dessa forma a assistência à saúde é ancorada em fundamentos do conhecimento científico, prévio, o que se traduzirá num desempenho mais eficiente e com resultados de qualidade (Mendes et al., 2008).

Existem diversas formas de abordagem para o estudo de um determinado fenômeno, dependendo do que e como se quer evidenciar. No processo de Planeamento Baseado na

Evidencia (PBE), são fundamentais métodos que indiquem o curso da revisão, os quais permitem a pesquisa, a avaliação crítica e a construção das evidências disponíveis do tema a investigar (Mendes et al., 2008).

Para levar a cabo este processo e atingir os objetivos delineados, foi selecionada como metodologia de trabalho a revisão integrativa da literatura, devido à sua capacidade de fornecer diversas perspectivas sobre um fenômeno e ter extrema relevância para a prática clínica de enfermagem. A revisão integrativa é um dos métodos utilizados na incorporação de evidência científica na prática clínica. Segundo Mendes et al. (2008, p. 758) “Este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema em questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado”.

No sentido de fornecer respostas às necessidades de cuidado, tanto individual como grupal, a síntese de conhecimentos no âmbito de enfermagem precisa ser abrangente e plural. Desde 1980 a revisão integrativa é descrita na literatura como método de pesquisa, nas últimas décadas apresentou uma notável expansão no âmbito de enfermagem. Associa-se ao benefício obtido no reconhecimento da qualidade das evidências fornecidas com sua execução (Souza et al., 2010).

A revisão integrativa de pesquisa ou a pesquisa integrativa permite reconhecer as fontes de maior produção de um assunto, as dimensões de atuação, as contribuições mais relevantes, também permitem separar as opiniões e ideias dos factos científicos, descrever o conhecimento no momento atual e promover a importância da pesquisa em torno da prática profissional (Roman et al., 1998).

Num primeiro momento, para a realização da revisão integrativa, estabelece-se o objetivo e formulam-se as questões ou hipóteses que vão orientar o desenvolvimento da pesquisa. Assim, procede-se a uma primeira exploração com a intenção de encontrar e quantificar o maior número de pesquisas primárias de significância dentro dos parâmetros de inclusão e exclusão previamente definidos (Mendes et al., 2008).

O investigador vai avaliar os estudos selecionados para identificar se tem as qualidades metodológicas para serem incluídos, como consequência desse processo, o número de estudos a incluir na revisão diminuirá. Os dados extraídos dos estudos selecionados são analisados e interpretados para as formulações das conclusões (Mendes et al., 2008).

Os conhecimentos, dos estudos que formam a revisão integrativa, diminui as inseguranças e fornece recomendações práticas para a prestação de cuidados de qualidade pois facilita a tomada de decisões sobre as intervenções mais adequadas e de melhor custo/benefício(Mendes et al., 2008).

Para este trabalho o método de revisão integrativa utilizado está baseado no referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008), mediante o uso da estrutura de análise constituído através de seis etapas. Estes autores defendem um padrão de rigor metodológico direcionado à construção de um saber crítico, portanto no tocante à sua elaboração, consideram que as etapas de uma revisão integrativa da literatura são seis:

1. *Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;*
2. *Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, amostra e pesquisa na literatura;*
3. *Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos;*
4. *Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;*
5. *Interpretação dos resultados;*
6. *Apresentação da revisão / síntese do conhecimento.*

### ***3.2.1 Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa***

A primeira fase para realizar a revisão integrativa é a definição de uma pergunta ou questão de partida, fase mais importante do estudo, porque condiciona objetivando significativamente o transcurso do processo.

A questão de partida necessita ser formulada de forma clara e precisa, seguindo um raciocínio teórico, baseado na prática clínica e com relevância para a enfermagem. Inclui a definição dos

participantes, o fenômeno que vai ser o objeto de estudo e a condição do estudo. Depois da questão de partida esteja bem definida, designam-se os descritores ou palavras chaves para assim começar a pesquisa dos estudos (Mendes et al., 2008).

A escolha das estratégias educativas na prevenção do pé diabético como tema do presente trabalho surge do contexto profissional ao longo do estágio na área dos cuidados de saúde primários. Para a realização da presente revisão integrativa formulamos a seguinte questão: Quais as estratégias educativas desenvolvidas pelos enfermeiros, aos utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, na prevenção do pé diabético?

Assim, foram delineados os seguintes objetivos: Identificar estratégias educacionais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na prevenção do pé diabético; conhecer os benefícios das estratégias educacionais na prevenção do pé diabético e refletir sobre a importância da educação na prevenção do pé diabético.

A partir da pergunta identificaram-se alguns dos termos mais utilizados relativamente à temática em estudo, os descritores. Os MESH (Medical Subject Headings), ou descritores identificados foram os seguintes; Education Therapeutic, Strateg\*, Educat\*, Prevent\*, *Diabetic Foot*, *Foot care* e Nurs\*". Que se introduziram nas bases de dados, utilizando a linguagem booleana intercalando "AND" e "OR".

### ***3.2.2 Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, amostra e pesquisa na literatura***

Após a formulação da questão de partida, inicia-se a procura nas bases de dados para identificar os estudos que possam ser incluídos na revisão (Mendes et al., 2008). Desta forma foi realizada uma busca nas bases de dados EBSCOhost, PubMed e SciELO entre Outubro e Dezembro do 2016 utilizando os descritores mencionados anteriormente.

A pesquisa apresenta múltiplos resultados que podem ser válidos ou não. Segundo Mendes e colaboradores (2008) a seleção de estudos na pesquisa vai marcar a validade interna da

revisão e funciona como indicador de confiabilidade e abrangência das conclusões. Para ajudar á identificação de literatura pertinente devem ser estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão. Assim, para realizar esta revisão foram delineados os critérios de inclusão e exclusão que permitissem uma correta amostra dos estudos encontrados. Os critérios de inclusão dos artigos para esta revisão integrativa foram:

- Publicados em português, inglês ou espanhol.
- Com acesso ao texto completo.
- Publicados no período compreendido entre 2010- 2016.
- Que versem sobre estratégias educativas para a prevenção do pé diabético, ao utente com diabetes.
- Que intervenha o profissional de enfermagem.
- Cujas população alvo seja maior de 18 anos.

### ***3.2.3 Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos***

Nesta etapa, o investigador tem como finalidade estruturar e sumarizar os dados de maneira concisa, desenvolvendo um conjunto de informações claras e disponíveis. Esta organização recorrendo a um instrumento deve contemplar os conteúdos, a amostra, o objetivo, a metodologia utilizada os principais resultados e as conclusões alcançadas (Mende et al., 2008).

Assim, a nossa pesquisa foi realizada em revistas científicas e bases de dados ligadas à área da saúde.

A primeira pesquisa foi realizada através da plataforma EBSCOHost, biblioteca eletrônica que permite o acesso a múltiplas bases de dados, nomeadamente; CINAHL Plus, MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments, MedicLatina, SPORT Discus, Academic Search Complete, Psychology

and Behavioral Sciences Collection, ERIC, Business Source Complete, NICE. Utilizando a fórmula descritiva; “(Education Therapeutic Or Strateg\* Or Educat\*) AND Prevent\* AND (Diabetic Foot Or Foot Care) AND Nurs\*”. Desta pesquisa resultaram 701 artigos, depois da delimitação temporal (2010-2016), da delimitação da língua (Portuguesa, Inglês e Espanhol) e do texto completo foram identificados 166 artigos.

Realizou-se uma leitura do título e resumo destes 166 artigos. Desta leitura resultou uma pré-selecção de 12 estudos para leitura integral. Por último selecionaram-se cinco estudos que cumpriam os critérios de inclusão.

Posteriormente foi consultada a base de dados da PubMed onde foi feita a pesquisa com a mesma fórmula de pesquisa; “(Education Therapeutic Or Strateg\* Or Educat\* ) AND Prevent\* AND (Diabetic Foot Or Foot Care ) AND Nurs\*”. Nesta identificaram-se um total de 303 artigos. Aplicados os delimitadores de idioma (Portugues, Ingles e Espanhol),o delimitador temporal (entre 2010- 2016) e do texto completo foram identificados 22 artigos. A maioria dos estudos foram repetidos, após uma leitura de pré-selecção baseada no título e resumo foram selecionados três para a sua leitura integral e posteriormente incluiu-se um artigo.

Na pesquisa efetuada na SciELO houve a necessidade de utilizar uma combinação de termos menos específica porque não se encontrou nenhum resultado com a conjugação anterior, pelo que se utilizou outra combinação que possibilitou a identificação de artigos. A fórmula de pesquisa foi “Diabetic Foot AND Intervention AND Education”, de onde resultaram quatro resultados. Destes foram pré-selecionados três artigos e após leitura integral foram incluídos dois no estudo.

Ao final deste processo resultaram oito artigos para integração no estudo. Para perceber melhor o processo de pesquisa nas diferentes bases de dados realizou-se o seguinte fluxograma, que apresenta as pesquisas e seus resultados de forma gráfica.

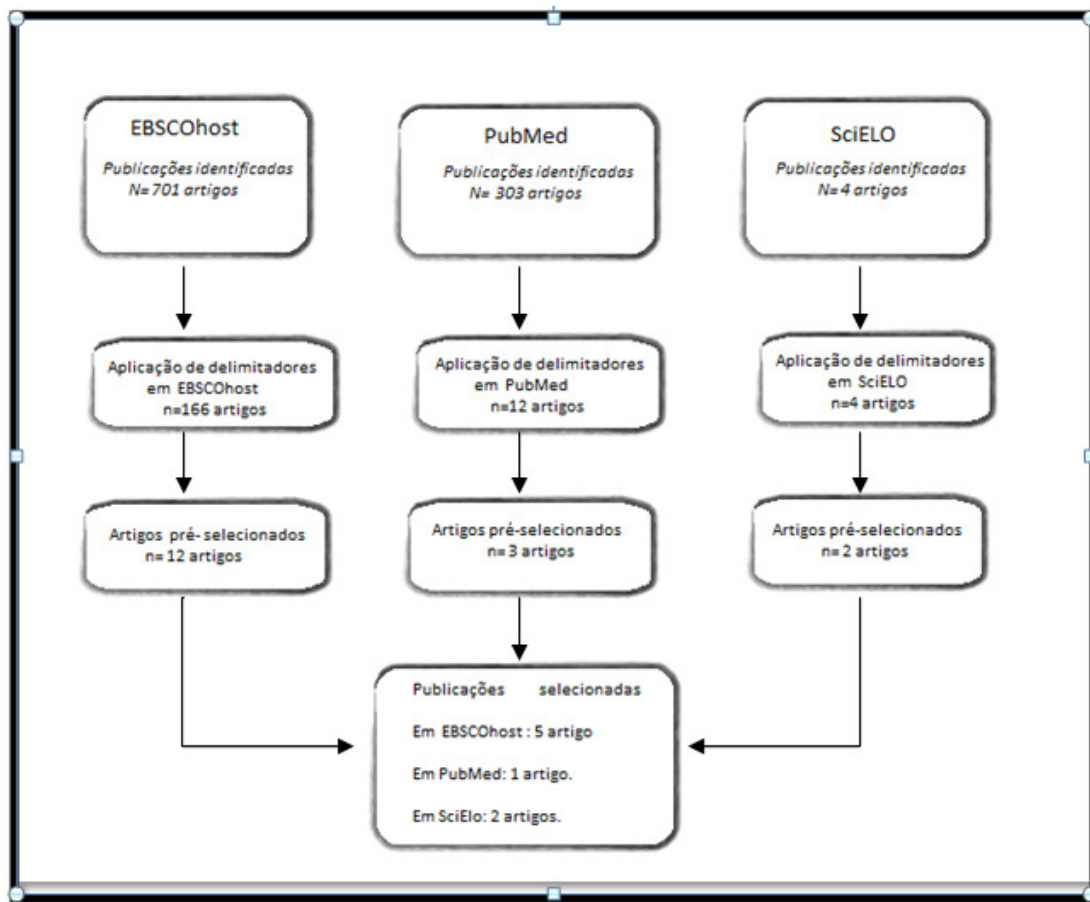


Figura 1: Fluxograma de pesquisa

### 3.2.4 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Nesta fase procede-se á análise dos artigos selecionados. Esta deve ser feita de forma crítica, segundo as preferências do pesquisador e deve ser explicada com clareza a forma dos dados dos artigos escolhidos (Mendes et al., 2008). Por conseguinte, exige-se uma abordagem estruturada para a ponderação o rigor e a caracterização dos estudos. Pelo que após a leitura exaustiva dos artigos selecionados para esta revisão, pode-se construir tabelas com informação detalhada de cada artigo permitindo uma sínteses que facilite a análise posterior.

No quadro seguinte apresenta-se a análise dos artigos selecionados com as seguintes informações: Título, autor, ano, publicação, país, objetivo, metodologia, resultados, conclusões e nível de evidencia (NE).

A avaliação crítica da validade e relevância é realizado mediante a atribuição do seu nível de evidencia a cada artigo. O nível de evidencia é representado por diversos esquemas, nomeadamente por estruturas hierárquicas. Nesta revisão bibliográfica utilizou-se a sistematização segundo o Instituto Joana Briggs (IJB).

A hierarquização segundo IJB evidencia cinco níveis. Sendo o nível um a melhor evidencia e o nível cinco a pior evidencia (Tabela 2).

<b>Nível de Evidência</b>	<b>Tipos de Estudos</b>
Nível 1	Estudos experimentais - revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados.
Nível 2	Estudos quase experimentais.
Nível 3	Estudos observacionais analíticos - estudos de coorte e caso-controle.
Nível 4	Estudos observacionais descritivos - estudos seccionais, séries de casos e estudo de caso.
Nível 5	Opiniões de especialistas e bancos de investigações

**Fonte:** adaptado de Joanna BriggsInstitute (2013).

Tabela 1- Classificação dos níveis de evidência segundo o Joanna Briggs Institute, (JBI, 2013).

Tabela 2: Artigos selecionados para a revisão integrativa

<i>Título/Autor/ Ano/</i>	<i>Publicação País</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Tipo de estudo/ Metodología</i>	<i>Resultados /Conclusões</i>	<i>N.E</i>
1-Cuidado com os Pés diabéticos antes e após intervenção educativa.  Rodríguez et al.,  2013	Enfermería Global  México	O objetivo do estudo foi descrever o perfil sócio-demográfico e clínico dos utentes com DM e os seus hábitos de cuidados aos pés, antes e depois de uma intervenção educativa que tem por base a comunicação participativa versus tradicional.	Estudo quase experimental  Estudo realizado nos centros de saúde da cidade de San Luis Potosi, México, com utentes com DM tipo 2, há mais de 5 anos, sem úlceras nos pés. Aleatoriamente formaram-se dois grupos de 77 indivíduos cada os quais trabalhavam o mesmo tema. No G. controlo o programa de ensino foi aplicado baseado na comunicação tradicional, pela equipa responsável dos centros de saúde e no G. experimental o programa foi desenvolvido com o método de comunicação participativa aplicado pelo pesquisador. Os dois grupos tiveram 10 horas de atividades, em cinco sessões semanais.	No final do curso houve um aumento do índice de adesão aos cuidados e vigilância do pé por parte do G. experimental, como mostram algumas das variáveis: lavar os pés todos os dias G. experimental (81,8) / G. controlo (48,1), secar bem entre os pés G. experimental (85,7) / G. controlo (85,7), aplicar creme G. experimental (75) / G. controlo (68,8) e fazer exercício com os pés G. experimental (41,6) / G. controlo (20,8).  A estratégia de intervenção educativa, por meio da metodologia de comunicação participativa, comparada com o método tradicional favoreceu a aprendizagem e as condutas para o cuidado dos pés dos utentes diabéticos.	2
2-The efficacy of diabetic foot care education  Nemcová et al.,	Journal of Clinical Nursing	Estudar a eficácia da educação sobre os fatores que influem no processo de aprendizagem e comportamento dos utentes diabéticos após um projeto de intervenção	Estudo quase experimental  Projeto de intervenção a utentes com diagnóstico de DM tipo 2 e com risco de ulceração nos pés. A amostra estava constituída por 52 diabéticos com Síndrome de pé diabético e 48 utentes com doença	A educação mostrou-se uma intervenção de vital importância para melhorar o conhecimento do cuidado aos pés. Os resultados mostraram índices mais significativos de conhecimento e desempenho ao final da intervenção. Os parâmetros clínicos (peso, índice de massa corporal, pressão arterial) 75	2

2013	Eslovaquia	de enfermagem na educação sobre os cuidados ao pé.	na isquêmica nas extremidades inferiores. A estratégia educativa fez-se de forma verbal, audio-visual e escrita sobre: gestão da DM dieta, autocuidado do pé, escolha de calçado, exercício do pé. Os utentes receberam educação em grupo e individual. O estudo centra-se em três parâmetros: 1-A mudança comportamental a partir da influencia do processo de aprendizagem; 2- Os resultados da educação sobre o comportamento dos utentes com DM em relação com o desempenho do cuidado dos pés; 3-A mudança dos parâmetros clínicos em relação às intervenções educativas. Aplicou-se antes e apos da intervenção (aos 6 meses) um questionário de avaliação.	forneceram resultados que mostram uma mudança positiva estatisticamente. Referente aos utentes educados em grupos o individualmente, o estudo mostro que os utentes educados num grupo obtiveram pontuação estatisticamente mais alta em relação com a vontade e a motivação que os participantes educados de forma individual.	
3-Avaliação de um programa para prevenção de úlceras neuropáticas em portadores de diabetes	Revista Brasileira de Fisioterapia  Brasil	Avaliar a eficácia preventiva deu programa de prevenção de lesões, baseado na educação para o autocuidado e uso de calçado para proteção dos pés, quanto à incidência e recorrência de úlceras neuropáticas por DM.	Estudo experimental  Trata-se de um ensaio clínico que consta de um total de 53 participantes portadores de DM tipo 2 e neuropatia, submetidos a um programa de intervenção de educação terapêutica. Foram distribuídos por um G. Controlo (n=23) e por um G. Experimental o (n=30). A educação terapêutica foi realizada em quatro encontros de 90 minutos, utilizando-se a técnica de grupo focal para	A educação mostrou-se uma intervenção de vital importância para melhorar o conhecimento no cuidado dos pés. A incidência da lesão no pé no G. Experimental foi de 38,1% versus 57,1% no G. Controlo. Dos sujeitos que apresentaram ulcera 83% pertenciam ao G. Controlo e 16,7% ao G. Experimental. Após um ano os participantes do G. Experimental mostraram 75% de probabilidade de encontrar uma lesão frente ao 61% do G. Controlo, reduzindo-se para 60% e 52% respetivamente. O estudo mostrou que a aplicação desta	2

Cisneros  2010			abordar e discutir os temas: complicações da DM, tratamentos da doença, inspeção, cuidados de higiene e limpeza dos pés ou escolha e uso de calçado. Também foram usados jogos com esta temática como instrumento didático. Os participantes receberam calçado protetor individual, um par no início e outro no final.	intervenção de educação terapêutica associada ao uso de calçado para proteção dos pés de portadores de DM mostrava menores índices de recorrência de lesão e maior probabilidade de permanecer sem lesão.	
4-Improving foot self-care knowledge, self-efficacy, and behaviors in patients with type2 Diabetes at low risk for foot ulceration: A pilot study.  Lifeng Fan et al.,	Clinical Nursing Research  Toronto  (Canada)	O estudo teve como objetivo explorar os efeitos de uma intervenção educativa sobre o conhecimento do autocuidado dos pés, auto-eficácia e comportamentos em utentes adultos com DM tipo 2 com baixo risco de ulceração do pé.	Estudo quase-experimental.  Os participantes foram utentes com DM tipo 2, adultos, com baixo risco de ulceração e sem educação previa. A intervenção desenvolveu-se em 3 sessões durante um período de 3 meses com 70 participantes. A estratégia baseou-se numa intervenção educativa apoiando-se na Teoria Social Cognitiva, sobre temas que envolvem a gestão da DM e em materiais didáticos como folhetos e documentação gráfica. Foi feita pessoalmente pelos enfermeiros responsáveis do estudo. As sessões eram compostas por uma parte teórica e por uma parte prática para o treino dos cuidados aos pés em quatro passos (o cuidado das unhas, os pés, uso de sapatos e meias adequadas). Sendo seguido por sessões de reforço por	A estratégia de intervenção teórica e prática, baseada no ensino face a face, em conjunto com as sessões de reforço telefónico contribui para o desenvolvimento de aspetos motivacionais e de retenção do conhecimento. O estudo identificou resultados positivos que se manifestaram numa melhoria significativa das atividades de autocuidado dos utentes, reportando uma maior taxa de adesão em torno da vigilância diária dos pés (96,4%), no secar totalmente os pés com uma toalha (96,4%), hidratação diária (89,3%) e uso de meias sapatos adequados (96,4%). Fornecendo uma melhoria significativa nos conhecimentos sobre gestão da DM, nos comportamentos de cuidado com os pés e no âmbito da auto-eficácia.	2

2013			contacto telefónico de 10 a 15 minutos. Avaliando-se os resultados em um teste após as duas primeiras sessões e 3 meses depois.		
5-Beneficial effects of foot care nursing for people with diabetes mellitus: an uncontrolled before and after intervention study  Fujiwara et al.,  2011	Journal of Advanced Nursing  Japón	O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de um programa preventivo de enfermagem para o cuidado com os pés para utentes diabéticos.	Estudio descriptivo  Aplicação de um programa de intervenção educativa, durante 2 anos, a 88 utentes com DM tipo 2, com diferentes níveis de risco de ulceração nos pés. O programa de educação foi dirigido aos cuidados da pessoa com pé diabético, em sessões de 30-60 minutos. Os participantes foram divididos em 4 grupos de acordo com a classificação de risco (de 0 a 3) seguindo a classificação da IWGDF e receberam sessões de educação terapêutico segundo cada grupo de risco. Grupo 0 livres de neuropatia diabética (52,3%), assistiam a uma sessão por ano. Grupo 1 utentes com neuropatia diabética (0,91%), uma sessão cada 6 meses. Grupo 2 utentes com neuropatia diabética e doença arterial periférica (12,5%), uma sessão cada 3 meses. Grupo 3 utentes com historia anterior de ulceração do pé (26,1%), uma sessão cada 1 ou cada 3 meses.	O estudo demonstra que um programa educativo desenvolvido por uma enfermeira especializada, que inclui a eliminação das calosidades, a demonstração prática dos cuidados aos pés, agrupando os utentes segundo o risco de ulceração, tem resultados positivos na prevenção da ulceração do pé.  Os utentes do grupo 1 a 3 tiveram uma significativa diminuição das calosidades, diminuindo em 7 dos 15 com calosidades. Dentro do grupo 2 os resultados mostraram que nenhum dos participantes sofreu uma ferida causada por uma lesão menor durante o programa e apenas seis utentes do grupo 3 de alto risco sofreu uma nova ferida causada por uma lesão menor durante o programa e nenhum participante do grupo 3 sofreu uma infecção secundária.	4

<p>6-Effects of Health Education of Diabetic Patient's Knowledge at Diabetic Health Centers, Khartoum State, Sudan 2007-2010</p> <p>MakkiAwoud et al.,</p> <p>2014</p>	<p>Global Journal of Health Science</p> <p>Jartum, Sudan</p>	<p>Determinar os conhecimentos dos utentes diabéticos que participam num centro de saúde no estado de Jartum (Sudan), antes e depois da aplicação dum programa educacional.</p>	<p>Estudo quase experimental</p> <p>Estudo desenvolvido no estado de Jartum, onde existem dois centros que trabalham para assistência aos utentes com DM. A amostra foi composta por 152 utentes com DM tipo 2, que recorreram aos serviços destes centros, durante 3 meses cada um, para participar das sessões educativas. Desenvolveu-se uma intervenção de educação sanitária individualizada com parte teórica e prática, com uma prova pré e post-intervenção para avaliar os conhecimentos dos participantes.</p>	<p>Após a intervenção verificaram-se resultados estatisticamente significativos no que respeito aos níveis de conhecimentos sobre a doença e na maioria das variáveis no estudo em relação as atividades de vigilância do pé. Concluindo que os participantes ao final da intervenção obtiveram mais conhecimentos na prevenção de complicações relacionadas com os hábitos da vida diária e o conhecimento dos sinais de alarme. A educação para a saúde personalizada para cada participante tem repercussões positivas independentemente de sua idade, sexo e educação. A assistência personalizada garante um melhor resultado atendendo aos diferentes estilos de vida dos participantes, à sua disponibilidade e às diferenças intrínsecas de cada individuo.</p>	<p>2</p>
<p>7-Enhancing Diabetes Self-care Among Rural African Americans With Diabetes</p>	<p>The diabetes educator</p>	<p>O objetivo deste estudo foi testar a efetividade de um programa de educação sobre a auto-gestão da DM a uma população afroamericana, aplicando um programa de adaptação cultural á</p>	<p>Estudo quase-experimental</p> <p>A intervenção educativa foi adaptada culturalmente à população local (25 participantes), baseando-se na literatura sobre a cultura afro-centrica e apoiando-se na Teoria Social Cognitiva. As sessões foram organizadas em torno do autocuidado. As</p>	<p>A avaliação mostra como os participantes tiveram uma melhoria significativa em medidas fisiológicas e em comportamento. Manifestaram mais conhecimentos sobre a autogestão da DM e o cuidado pessoal.</p> <p>Os achados do estudo apresentam como a população beneficiou em termos de risco</p>	<p>2</p>

Williams et al.,  2014	Virgia, USA	comunidade.	sessões tinham caráter participativo, em cada uma mostrou-se um vídeo para que os participantes enfrentassem um problema típico da autogestão da DM. Os realizadores da sessão logo após o vídeo despoletavam uma discussão sobre a situação e animavam a procura de alternativas por parte dos participantes em forma de <i>Brainstorm</i> . Os ensinamentos foram realizados usando a língua e expressões típicas da localidade, informação simples e culturalmente apropriada. A avaliação fez-se 3,6 e 12 meses após a intervenção mediante um questionário.	cardiovascular, conhecimento sobre DM e bem-estar mental. A intervenção educativa baseada na cultura da comunidade resultou de forma efetiva, mostrando a importância dos fatores culturais e crenças em saúde.	
------------------------------	-------------	-------------	--	---	--

<p>8- Effectiveness of a health promotion programme for farmers and fishermen with type-2 diabetes in Taiwan</p> <p>CHEN et al.,</p> <p>2011</p>	<p>Journal of advanced nursing</p> <p>Taiwan</p>	<p>Examinar o controlo da DM e a capacidade de autocuidado dos pés nos agricultores e pescadores após a introdução duma equipa multidisciplinar e um programa comunitário de promoção da saúde em pequenos grupos.</p>	<p>Estudo quase-experimental</p> <p>Estudo com 323 participantes (9 distritos rurais), com diagnóstico prévio de DM tipo 2, selecionados de forma aleatória. Foi realizado por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros e médicos. Com uma intervenção em duas fases; 1º fase: promoção da saúde através da educação para a saúde num pequeno grupo comunitário (controlo de dieta, gestão terapêutica, cuidado dos pés e exercício físico); 2º fase: assessoramento telefonico 1-3 vezes por pessoa durante 15 minutos; 3º fase de reavaliação do risco de ulceração e do autocuidado aos pés.</p>	<p>Na avaliação inicial dos conhecimentos e atitudes dos utentes idosos rurais mostrou-se o pobre controlo na avaliação inicial. A intervenção resultou significativamente positiva na maioria das variáveis fisiológicas. Na comparação dos resultados pré-intervenção e pós-intervenção observou-se uma melhoria significativa nos parâmetros clínicos (controlo glicémico em jejum, peso corporal, pressão arterial, perímetro abdominal), no comportamento de autocuidado dos pés, também nos índices fisiológicos referentes à neuropatia e vasculopatia. Também se apresenta o beneficio de envolver o familiar ou a pessoa significativa na intervenção de forma a dar apoio e promover a motivação pessoal.</p>	<p>2</p>
--	--	--	---	---	----------

### **3.2.5 Interpretação dos resultados**

Segundo Mendes et al., (2008), nesta altura da elaboração da revisão integrativa da literatura procede-se a um análise e interpretação dos resultados obtidos. Para o efeito, o revisor fundamenta os resultados dos estudos incluídos e leva a cabo a confrontação com o conhecimento teórico a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão, identifica “lacunas” de conhecimentos existentes e sugere caminhos para seguintes pesquisas (Mendes et al., 2008).

Comparar os resultados dos estudos integrados nesta revisão, não é fácil, visto as intervenções educativas desenvolvidas nos artigos analisados, utilizarem diferentes métodos, terem sido realizadas em diferentes períodos e terem sido aplicadas a diferentes amostras de participantes. Com o objetivo de melhorar a compreensão dos aspectos fundamentais, a nível das intervenções educacionais realizadas nestes estudos foi desenhada a figura 2.

Os profissionais de enfermagem dispõem muito tempo nos ensinamentos sobre como controlar a Diabetes Mellitus, prevenir suas complicações e promover o autocuidado dos utentes. Mas, as estratégias ligadas ao sucesso destas intervenções educacionais deveriam centrar-se nas mudanças de comportamento mais que nos conhecimentos. Assim, nesta figura apresenta-se quatro aspectos que posteriormente se vão expor de forma crítica e que caracterizam o tipo de intervenção realizada, os materiais utilizados e os participantes nos estudos avaliados. Desta forma se visa contribuir a delinear estratégias educacionais úteis para a comunidade que realmente sejam efetivas para este tipo de utentes. Estas são: sessões de educação para a saúde em grupo, sessões de educação individuais, materiais utilizados durante as sessões e o tipo de participantes.



Figura 2: Esquema representativo dos aspectos significativos nas estratégias educativas encontradas; Intervenção individual, grupal, material e participantes.

#### Sessões de educação para a saúde em grupo

Dos oito artigos selecionados quatro são estudos que tratam sobre a avaliação de educação para a saúde em grupo. Os estudos apresentados verificam como trabalhar com as pessoas permite ao profissional de enfermagem conhecer a realidade das pessoas inseridas no seu meio ambiente (Souza et al., 2005).

Nemcovà et al., (2013), mostram a importância de um enfoque humanista, que tem como objetivo levar o utente a tomar suas próprias decisões. Com esta abordagem os autores mostram que os participantes são seres individuais, únicos e diferentes entre si, pessoas com diferentes crenças, afetos, interesses e valores, que devem ser respeitados e tidos em conta. Esta perspectiva implica o desenvolvimento de um ambiente de respeito e apoio, contribuindo como incentivo positivo na formação de ambientes educativos integradores. O grupo funciona como um cenário de referencia integrador e afetivo, onde os indivíduos se vão reconhecer a si mesmos no outro, podendo estimular o desenvolvimento de atitudes que promovam a mudança.

Nas intervenções de educação em grupo ressalta o facto de que, participar em estratégias dirigidas a grupos cria a oportunidade para que os indivíduos expressem as suas opiniões e exponham os seus pontos de vista (Souza et al., 2005).

Nemcovà et al., (2013) compararam a eficácia da intervenção educativa dirigida a um grupo em relação com a individual. Os resultados mostraram como os participantes das sessões em grupo tinham índices mais significativos de conhecimento, disposição e motivação para aprenderem e vontade para a mudança de hábitos. Os mesmos autores encontraram uma correlação estatisticamente significativa entre a educação em grupo versus a dirigida ao individuo em termos de motivação. A educação em grupo apresenta uma melhoria significativa no desejo para a mudança em relação à educação para a saúde desenvolvida de forma individual (Nemcovà et al., 2014).

Segundo o estudo de Rodriguez et al., (2013), onde aplicaram uma intervenção educativa mediante sessões em grupo, os autores referem que os utentes precisam de estratégias de aprendizagem participativa para desenvolver as habilidades necessárias que possibilitem um estilo de vida adequado às suas necessidades de saúde. Sendo assim, o papel do profissional é o de dar conhecimentos e promover a adesão de comportamento sobre o auto-cuidado, proporcionando liberdade para que os utentes possam estabelecer as suas próprias ações e decisões.

Tanto o estudo de Rodriguez et al., (2013), como o estudo de Liefang et al., ( 2013), utilizam nas sessões de grupo estratégias que fomentam a comunicação participativa. Esta é uma estratégia que permite intercambio de conhecimentos entre os participantes e fomenta a motivação pela mudança em seu estilo de vida. Considerando assim, o ambiente educativo como um incentivo positivo. Segundo Nemcova et al., (2014), também proporciona vantagens a presença de pessoas com experiência de ulceração porque incentiva para a mudança, devido ao facto de valorizar o relato das experiências dos participantes e integrá-las no seu dia a dia para melhor controle da sua doença. O educador, entretanto, tem a possibilidade de estimular os participantes de forma a encontrar estratégias coletivas que possam ser de ajuda para todos os membros do grupo. O trabalho colaborativo proporciona sentimento de pertença a todos os elementos, sendo gerador de sentimentos positivos, influencia na motivação e no desenvolvimento de habilidades.

Da mesma forma Williams et al., (2014) no seu estudo com a população rural afro-americana também defende como melhor sistema de educação a elaboração de propostas educativas em sessões de grupo, que envolvam os utentes e forneçam condições adequadas para o alcance de seus próprios objetivos.

O enfermeiro deve comunicar de forma efetiva envolvendo os participantes, captando seu interesse e empenhando-se para potencializar a mudança de todos os participantes. A importância da comunicação para o ensino é fundamental para que as pessoas possam realizar escolhas responsáveis e positivas no seu autocuidado (Rodriguez et al., 2013). Desta forma a educação deve fornecer informação, entretanto, o utente precisa de incorporar o conhecimento, perceber a sua importância e desta forma o conhecimento passa a fazer parte da sua escala de valores.

Tanto o estudo de Williams et al., (2014), como o estudo de Cisneros, (2010), a técnica utilizada para o abordagem grupal foi a de grupo focal. Esta técnica é comumente utilizada nos cenários educativos e tem como objetivo a obtenção de dados com base na discussão sobre temas previamente planeados nos quais os participantes expressam os seus sentimentos, crenças, valores, percepções e atitudes sobre as diferentes questões e o

educador se encarrega de guiar a discussão de forma a centrar-se nos pontos importantes. A eficácia desta técnica baseia-se na discussão personalizada de um tema, centrando-se na interpretação e reação de cada indivíduo sobre o mesmo, partilhando-a. Desta forma o profissional se encarrega de guiar a conversação que envolve o grupo e interpretar as mensagens e argumentos emitidos pelos participantes.

Para fomentar a integração dos participantes os profissionais tem que recorrer a técnicas holísticas de abordagem e para isso, o estudo de Lifeng Fan et al., (2013), foi guiado mediante a Teoria Social Cognitiva como intervenção. Esta teoria destaca a importância da atividade para a aprendizagem no contexto educativo e desenvolve-se a ideia de que aprender e fazer são inseparáveis, constituem dois conceitos da mesma ação. Nesta linha, no estudo de Lifeng Fan et al., (2013), os participantes eram submetidos a sessões em grupo onde se aplicou uma intervenção que foi dirigida á auto-eficácia. Neste sentido utilizou-se em primeiro lugar uma abordagem teórica das principais questões sobre o cuidado ao pé e na seguinte sessão uma abordagem prática, onde se proporcionou a oportunidade aos participantes de pôr em prática os conhecimentos adquiridos. Nas sessões que se foram sucedendo o conhecimento e a auto-eficácia melhoraram os comportamentos referentes ao cuidado do pé, ao mesmo tempo que influenciaram diretamente a diminuição de problemas nos pés.

Esta técnica também constituiu um ponto fundamental no estudo de Williams et al., (2014), que contribuiu ao envolvimento na intervenção educativa dos participantes afro americanos de zonas rurais. A intervenção foi adaptada culturalmente. Os participantes assistiram a sessões organizadas em torno do autocuidado. Mediante a utilização do grupo focal e da Teoria Social Cognitiva realizou-se em cada sessão atividades sobre casos práticos dirigidos à aprendizagem promovendo a intervenção ativa de todos os membros. A estratégia desenhada pelos profissionais foi mostrar vídeos dos problemas típicos aos que esta população tem que enfrentar na sua vida, convidando aos participantes a partilhar as suas vivências e as similitudes na sua vida diária, onde se encontram as suas áreas de necessidade e assim contribuir a dar uma resposta adequada a cada situação (Williams et al., 2014).

## Sessões de educação para a saúde individuais

As sessões individuais fortalecem as ligações com o profissional, criando um clima de cumplicidade. Esta situação deve-se ao facto do profissional se tornar conhecedor das características, práticas e hábitos do utente o que permite uma melhor abordagem assistencial.

No estudo de MakkiAwouda et al., (2014) ressalta que o método efetivo de abordagem em matéria de educação para a saúde é a que se realiza individualmente. Para levar a cabo o estudo utilizou-se a intervenção de educação para a saúde individualizada avaliada antes e após mediante um questionário de conhecimentos e atitudes. A educação para a saúde individualizada deste programa resultou efetiva independentemente da idade, sexo e educação dos participantes. Segundo os autores isto foi devido à elevada adesão fomentada pelo atendimento personalizado atendendo aos diferentes estilos de vida dos participantes e as diferenças de disponibilidade de cada individuo.

O reconhecimento do individuo em diferentes estádios de aprendizagem, levou outros investigadores como é o caso de Chen et al., (2011), e Lifeng Fan et al., (2013), a considerarem nos seus estudos o beneficio do uso de técnicas de abordagem personalizada, além da intervenção em grupo. O estudo de Chen et al., (2011), realizou-se em duas fases, na primeira desenvolveu-se: promoção da saúde através da educação para a saúde de um pequeno grupo comunitário; na segunda fase realizou-se contacto telefónico 1-3 vezes por pessoa durante 15 minutos. Da mesma forma que Lifeng Fan et al., (2013) que seguindo a intervenção fundamentada na Teoria Social Cognitiva, anteriormente referida, desenvolvia previamente uma fase de conteúdo teórico e prático e seguidamente contacto telefónico de reforço. Tanto num estudo como no outro se realizaram intervenções em grupo e individuais. Estruturando-se de forma que numa primeira parte se

constituía uma abordagem de carácter mais teórico e posteriormente desenvolvia-se de forma individualizada uma série de sessões telefônicas destinadas a reforçar os conhecimentos fornecidos.

A intervenção telefônica tinha como objetivo verificar os conhecimentos e esclarecer as dúvidas e promover a auto-eficácia fornecendo a oportunidade de que cada um dos participantes, sem necessidade de se deslocar, pudesse colocar questões específicas e principais dificuldades encontradas na prática diária.

Ambos os estudos são coincidentes no que respeito às vantagens das sessões que integram o reforço telefónico. Melhoram a auto-eficácia através de persuasão verbal sistêmica e resultam de forma favorável para a maioria das variáveis fisiológicas (Chen et al., 2011; Lifeng Fan et al., 2013).

#### Participantes por sessão

Há uma ampla diferença entre o número de participantes que integravam os estudos. Na tabela seguinte mencionamos as principais diferenças entre os sujeitos.

<b>Rodríguez et al., 2013</b>	Amostra constituída por 154 indivíduos com diagnóstico de DM tipo2, há mais de 5 anos, com idade entre 40 e 65 anos, sem úlceras, pertencentes aos centros de saúde da cidade de San Luis de Potosi, Mexico.
<b>Nemcová et al., 2013</b>	Amostra constituída por 100 indivíduos com diagnóstico de DM tipo 2 ; 52 com síndrome de pé diabético e 48 com

	doença isquêmica nas extremidades inferiores.
<b>Cisneros, 2010</b>	Amostra constituída por 53 indivíduos com diagnóstico de DM tipo2 e neuropatia. Foram incluídos sujeitos em distintas fases que apresentavam desde insensibilidade apenas até perdas maiores provocadas pela neuropatia diabética.
<b>Lifeng Fan et al., 2013</b>	Amostra constituída por 70 indivíduos com diagnóstico de DM tipo2 com baixo risco de ulceração e sem educação prévia.
<b>Fujiwara et al., 2011</b>	Amostra constituída por 88 indivíduos com diagnóstico de DM tipo2, em distintas fases de desenvolvimento de complicações do pé diabético, divididos em 4 grupos de acordo com a classificação de risco.
<b>MakkiAwouda et al., 2014</b>	Amostra composta por 152 utentes com diagnóstico de DM tipo 2, procedentes de dois centros de assistência a pessoas com diabetes da cidade de Jartum, Sudam.
<b>Williams et al., 2014</b>	Amostra composta por 25 participantes com diagnóstico de DM tipo 2, duma localidade afro-americana.
<b>Chen et al., 2011</b>	Amostra de 323 indivíduos com diagnóstico de DM tipo 2, pertencentes a 9 distritos rurais de Taiwan, seleccionados de forma aleatória.

Tabela 3- Participantes nos estudos incluídos

Todos os artigos analisados foram constituídos por uma amostra de sujeitos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. A maioria dos estudos seleccionou os participantes entre os utentes de uma instituição de saúde. As diferenças apresentaram-se em relação ao

tempo de convivência da doença, às características patológicas ou características associadas, ao nível de risco ou à integração ou não de conviventes nas sessões.

Alguns estudos centraram-se numa região específica, sendo os participantes incluídos segundo características associadas á doença. No caso de Lifeng Fan et al.,(2013), a amostra foi constituída por indivíduos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 com baixo risco de ulceração e sem educação prévia. No estudo de Rodrigues et al. ,(2013), os participantes eram diabéticos tipo 2, sem úlceras nos pés e com mais de 5 anos de evolução. No estudo de Cisneros, (2010), os participantes tinham diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e risco de neuropatia e no estudo de Nemcová et al., (2013), os participantes eram indivíduos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e com alto risco de ulceração no pé.

Lifeng Fan et al., (2013), referem que no âmbito da investigação, a educação para a saúde sobre o cuidado e prevenção é sempre dirigida prioritariamente aos utentes de alto risco de ulceração. Existindo poucos estudos que mostrem a eficácia das intervenções dirigidas aos utentes com risco mais baixo de complicações e ulceração dos pés. Sendo evidenciada neste estudo a importância de proporcionar conhecimentos sobre o cuidado e saúde dos pés numa fase precoce. Concluindo assim, que o conhecimento e aquisição de comportamentos devem começar tão cedo quanto possível em utentes com patologia diabética.

Fujiwara et al., (2011), realizaram um estudo onde desenvolveram uma intervenção educativa a participantes agrupados em 4 grupos de acordo com o risco. A classificação de risco foi estabelecida utilizando a classificação do International Working Group Diabetic Foot (IWGDF) que estabelece desde nível 0 a 3, segundo o nível atribuído receberam sessões de educação terapêutica referentes aos cuidados aos pés. No Grupo 0 livres de neuropatia diabética, receberam 1 sessão educativa ao ano. No Grupo 1 utentes com neuropatia diabética, receberam 1 sessão educativa a cada 6 meses. No Grupo 2 utentes com neuropatia diabética e doença arterial periférica, receberam uma sessão educativa cada 3 meses e no caso de maior risco o Grupo 3 utentes com historia de ulceração do pé, receberam uma em cada mês.Os resultados deste estudo mostraram que a intensa

vigilância nos utentes do Grupo 3 foi efetiva visto nenhum ter sofrido uma recidiva de ulceração. Apenas uma minoria de utentes do grupo 2 desenvolveram ulceração no pé durante o programa devido a uma lesão menor. Concluindo que os programas de educação para saúde tendo como foco a prevenção devem ser adequados aos participantes, ou seja segundo o risco identificado.

Estudos como o de Williams et al., (2014), escolheram os participantes segundo o meio cultural, direcionando a sua intervenção especificamente à população rural de afro-americanos, da mesma forma que no estudo de Chen et al., (2011), cuja população alvo foram fazendeiros e pescadores de Taiwan. A escolha destes grupos específicos condicionou o mecanismo de ação. Durante os estudos a forma de intervenção devia contemplar os seus valores e crenças.

MakkiAwouda et al., (2014), integraram os doentes e pessoas significativas. Sendo enfatizada a importância para o sucesso da intervenção educativa, do envolvimento dos familiares, conviventes ou pessoa significativa do utente. Apresentado em seus resultados como a implicação da família/companheiro ou pessoa significativa dos participantes é um importante recurso frente ao stress e uma fonte de ajuda para que os indivíduos tracem metas pessoais, constituindo o acompanhante um recurso de apoio para a mudança comportamental.

Para favorecer o suporte social as intervenções educativas devem integrar estratégias que promovam a intervenção dos conviventes ou pessoas significativas, pois, estes constituem fator motivacional e protetor, tornando os indivíduos mais fortes e em melhores condições para enfrentar os desafios da vida.

## **Materiais utilizados**

Durante as sessões educativas o material disponível é de grande ajuda no âmbito expositivo, constitui uma ferramenta fundamental na hora de transmitir a informação de forma dinâmica, clara e fácil para a compreensão dos receptores.

Nos estudos analisados o uso de materiais didáticos constituiu um recurso fundamental para a intervenção realizada. Estes são um meio de concretização dos temas mais abstratos facilitando a sua compreensão. No estudo de Lifeng Fan et al., (2013), para a intervenção foram utilizados materiais didáticos que serviram de referencia aos utentes e constituíram uma estratégia que fomentou a participação. Estes materiais foram modelos de pé saudável e modelos de pé com alterações comuns, que ajudam a perceber os achados normais e facilitam a identificação de situações de patologia que aumentem a vulnerabilidade. Outros materiais utilizados foram toalhas suaves, tesouras de ponta redonda para as unhas, limas, modelos de sapatos e meias adequadas. Aprendendo quais os materiais corretos e como se devem usar complementando o processo de aprendizagem e aumentando a eficácia dos conhecimentos fornecidos e a retenção da informação. Os participantes também receberam folhetos com a informação do curso ao final de cada sessão. Também no estudo de MakkiAwouda et al., (2014), recorreu-se ao uso de folheto, servindo de reforço à informação discutida e de apoio para a vida diária. O folheto constitui assim, um resumo do conteúdo mais importante, de forma prática e visual. Além disso, MakkiAwouda et al., (2014), referem no seu estudo que para se desenvolver atividades de qualidade no âmbito educativo, devem-se fornecer às equipas de profissionais de educadores; computadores, audiovisuais, revistas e material de leitura que possa ser útil para garantir o envolvimento do utente no processo, promovendo a atenção e o interesse.

Nesta linha, Williams et al., (2014), recorreram a meios audiovisuais para garantir o envolvimento da população. A intervenção foi adaptada culturalmente baseada nos

resultados de um estudo anterior de grupo focal. Em cada sessão era mostrado aos participantes um vídeo com um problema típico de autogestão da Diabetes Mellitus. Os realizadores da sessão após o vídeo incentivavam uma discussão sobre a situação e promoviam os indivíduos a procurar alternativas em cada caso. Neste estudo destaca-se a utilidade do material audiovisual. A reprodução de pequenos vídeos e estratégias têm como objetivo fornecer informação chave com materiais simples e de fácil absorção, que são culturalmente pertinentes e constituem-se como atividades de aprendizagem apropriadas.

Cisneros, (2010), complementa a intervenção do programa de educação onde se davam orientações sobre complicações da Diabetes Mellitus tipo 2, inspeção e cuidados dos pés, com jogos didáticos que incluíam questões relativas aos temas tratados e também utilizaram a técnica de *Brainstorm*. No final de cada sessão, entregava-se calçado de proteção a todos os sujeitos que completaram o programa de educação. O estudo mostra alta adesão ao calçado, dos sujeitos que o receberam 72% fizeram uso diário em alternância com outros calçados, aumentando o estado de proteção. Segundo estes autores a eficácia da taxa de utilização pode estar relacionada com o envolvimento do participante na escolha do modelo, cor e forma.

### **3.2.6. Apresentação da revisão / síntese do conhecimento**

Esta etapa final consiste na apresentação das conclusões de forma clara para que o conteúdo possa ser avaliado criticamente. Para Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 763), esta etapa é *“Um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada”*.

Neste estudo evidenciou-se o impacto de diferentes estratégias utilizadas nas intervenções educativas, para a prevenção do pé diabético. Em todos os estudos avaliados se reflete que a educação para a saúde é um pilar básico para a promoção em saúde. Esta educação tem sua base nos cuidados de saúde primários que constituem a primeira linha de atendimento na rede de cuidados de saúde através das intervenções dos profissionais. Demonstrando os benefícios reais dos programas educativos para a prevenção do pé diabético, que além de melhorar os conhecimentos e a adesão aos cuidados, diminui o impacto econômico e social desta doença.

As intervenções educativas na prevenção do pé diabético têm como objetivo promover conhecimentos e comportamentos, para que a pessoa consiga integrar na rotina diária a adesão ao auto-cuidado. As estratégias utilizadas nas intervenções educacionais que apresentam estes estudos, incluem a educação em sessões de grupo ou individuais, o fornecimento de informação escrita, oral, através de meios audiovisuais ou materiais, atendendo ao tipo de população específica a quem é dirigida.

Como mostram alguns dos artigos, a mudança de paradigma para a valorização dos indivíduos inseridos no seu meio cultural, com seus próprios valores e crenças, pode significar um aspecto relevante como estratégia para o sucesso das intervenções educativas. Foi relevante constatar através da análise dos artigos, que há alguns autores que para desenvolver sua intervenção realizaram um estudo prévio da população a quem a mesma era dirigida. Este estudo forneceu dados utilizados para o desenho de atividades de intervenção compatíveis com a população selecionada contribuindo positivamente para os resultados. É por isso importante perante a prevenção do pé diabético, conhecer e compreender como os doentes percebem a doença, como a vivenciam, quais são os comportamentos que têm em relação à gestão de cuidados e atender à cultura da população a quem se pretendem dirigir.

É assim, que segundo a avaliação dos artigos obtidos se pode dizer que o profissional de enfermagem na sua função de educador deve recorrer às estratégias comunicacionais que estejam de acordo com o conteúdo que se pretende comunicar, considerando o indivíduo

que recebe a aprendizagem como o eixo central. Reconhece-se assim que o sujeito é determinante no caminho para a construção da aprendizagem. Pelo que a metodologia utilizada, será a que favoreça a comunicação com o utente, que permita proporcionar a informação adequada, adaptada às suas capacidades cognitivas, culturais, ao nível educacional, às necessidades adequadas ao contexto pessoal, social e económico de cada indivíduo. Também se deve atender à evolução da doença, entendendo por isso, o nível de comprometimento. Sendo que pessoas que se encontram em fases iniciais não podem receber a mesma intervenção educativa que as pessoas em fases mais avançadas.

Portanto, perceber a visão individual da doença é fundamental, uma vez que vão determinar o comportamento perante a educação terapêutica fornecida e a execução de tarefas de auto-cuidado. É por isso que, os estudos que abordam a educação individualizada, nos mostram que esta possibilita o intercambio de conhecimentos e a construção de uma relação terapêutica com o educador. Este vínculo tem um papel importante relativamente à modificação de comportamentos e na motivação dos indivíduos para a adoção de hábitos saudáveis. Alguns dos estudos realizavam a educação individual mediante contacto telefónico, como foi referido anteriormente, com o objetivo de constituir sessões de reforço para garantir o seguimento do utente.

Como estratégia educativa a educação em grupo favorece a motivação real das pessoas no processo, onde os indivíduos que participam contribuem a analisar os problemas e identificar soluções. Convertendo os conhecimentos resultantes da intervenção educativa em ferramentas de mudança comportamental que considerem valiosos e mereça ser incorporado no seu dia a dia.

Também pode-se concluir que a aplicação de estratégias de aprendizagem baseada na teoria Social Cognitiva fornece conhecimentos através da observação e participação resultando favoráveis na interiorização dos conhecimentos.

Para estabelecer estratégias educativas de qualidade é necessário que as técnicas utilizadas sejam adequadas aos participantes. As novas tecnologias podem ajudar a melhorar as estratégias de educação, constituindo uma mais valia. O material didático deve ser

apropriado aos participantes, expondo os conteúdos de forma simples e clara. Alguns dos estudos analisados utilizam como material didático material áudio-visual, panfletos, material de consulta, modelos de pé saudável e material para o autocuidado.

Contudo, a procura sobre estratégias educacionais na prevenção do pé diabético não se apresenta fácil pelos escassos estudos realizados que apresentem o desenvolvimento da estratégia utilizada. A maior parte dos estudos incidem na importância da educação ou nos efeitos da educação por si, sem expor a estratégia utilizada.

As análises dos artigos também mostraram como o suporte social, especialmente a família, é uma fonte importante de motivação para a mudança. Portanto para o desenvolvimento de estratégias educacionais efetivas, a compreensão de familiares, amigos, o parceiro pode ter um papel determinante na saúde dos utentes e especialmente nas questões referentes à adesão comportamental para o auto-cuidado.

Assim, relativamente às estratégias educacionais percebeu-se que todas estas modalidades foram favorecedoras da promoção do auto-cuidado dos participantes para a prevenção e adesão aos cuidados e sua integração em futuras intervenções favorecerá os resultados.

Com esta revisão integrativa conclui-se da necessidade de realizar posteriores trabalhos de investigação nesta linha, sendo fundamental encontrar estratégias efetivas que contribuam para a prevenção desta problemática tão concorrente na comunidade como é a questão do pé diabético.

## CONCLUSÃO

No final do presente trabalho, toma-se a consciência do carácter enriquecedor que este nos proporcionou, espelhando o empenho e esforços demonstrados durante todo o processo formativo. Este relatório, mais do que a descrição das atividades desenvolvidas em estágio e da revisão integrativa elaborada, evidencia o processo de ensino/aprendizagem e as competências desenvolvidas como estudante do mestrado em enfermagem comunitária.

Neste relatório, consta o trabalho realizado nas diferentes áreas relacionadas com a assistência especializada em enfermagem comunitária: a urgência pediátrica, a saúde familiar e a saúde comunitária. Neste documento evidencia-se um importante percurso, que permitiu adquirir novos conhecimentos e competências, contactar com indivíduos, famílias de diversos grupos etários e contextos sócio-culturais.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária enquanto profissional que presta cuidados técnicos e desenvolve ações relacionais e educacionais, precisa adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnicas e relacionais, tendo por base elevados valores humanos para que tenha a capacidade de responder às expectativas dos utentes. Perante uma sociedade com cada vez mais conhecimentos e mais exigentes em termos da qualidade de cuidados, é necessário oferecer respostas mais adequadas.

Assim, a investigação em enfermagem é imprescindível para fundamentar a nossa prática clínica. A revisão integrativa da literatura incluída neste relatório, intitulada “Estratégias educativas na prevenção do pé diabético no utente com Diabetes Mellitus tipo 2” constituiu uma estratégia para dar resposta à exigência do curso, permitindo aperfeiçoar habilidades na área da investigação, mas também conhecer as estratégias educativas desenvolvidas pelos enfermeiros aos utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, na prevenção do pé diabético.

Face aos resultados obtidos conclui-se que independentemente das estratégias utilizadas e das características do grupo, os resultados mostraram-se efetivos em termos de conhecimentos e competências para a prevenção das lesões do pé. Estes resultados podem contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados.

A realização do estágio e a elaboração deste relatório foram acompanhados de imensas dificuldades, nomeadamente, a conciliação do fator pessoal com as exigências deste processo formativo. Como aluna estrangeira, a gestão do idioma foi uma dura barreira de ultrapassar sobretudo no contexto académico. Assim como, a dificuldade inicial de integração na dinâmica assistencial e com isto faz-se referência às diferenças existentes no papel do profissional de enfermagem em Portugal e em Espanha, que implicou uma mudança no meu desempenho. Destacam-se ainda as diferenças entre a forma de relacionamento interpessoal que se dão no âmbito institucional, intrínsecas ao fator cultural e que varia de uma zona para outra, requerendo uma lógica e progressiva adaptação.

O esforço, dedicação e trabalho permitiram ultrapassar todos os obstáculos. Ao refletir sobre o caminho percorrido sente-se que este constituiu uma experiência muito positiva em relação à qualidade da aprendizagem, obtendo ganhos no âmbito pessoal e profissional.

Pode concluir-se que os objetivos definidos para a realização do estágio foram atingidos na sua plenitude, tanto os relacionados com o projeto individual de estágio como os relacionados com a investigação científica perante uma situação emergente da prática clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS)-*Termos de Referência para contratualização nos cuidados de saúde primários em 2016. Otimizar recursos gerar eficiências*. [Em linha]. Lisboa; República Portuguesa, 2016. [Consult. Fevereiro 2017 ]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Metodologia-Contratualizacao-CSP-2016-.pdf>

ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. [Em linha]. 2ª ed, Coimbra: Livraria Almedina, 2003. [Consult. Dezembro 2016 ]. Disponível em: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Qwi9BwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT65&dq=Alarc%C3%A3o,+I.+%26+Tavares,+J.+\(2003\).+Supervis%C3%A3o+da+Pr%C3%A1tica+Pedag%C3%B3gica.+Uma+Perspectiva+de+Desenvolvimento+e+Aprendizagem&ots=oG9YOfX6zU&sig=BEx7sz2S3NmxFQK6YrC3ABCwnOI#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Qwi9BwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT65&dq=Alarc%C3%A3o,+I.+%26+Tavares,+J.+(2003).+Supervis%C3%A3o+da+Pr%C3%A1tica+Pedag%C3%B3gica.+Uma+Perspectiva+de+Desenvolvimento+e+Aprendizagem&ots=oG9YOfX6zU&sig=BEx7sz2S3NmxFQK6YrC3ABCwnOI#v=onepage&q&f=false)

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE - NORTE (ARSN)- *Manual de Procedimentos para implementação e desenvolvimento da ECCI*. [Em linha]. Porto: ARSN, 2014. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual\\_Proced\\_Implement\\_Desenvol\\_ECCI\\_Jun2014.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual_Proced_Implement_Desenvol_ECCI_Jun2014.pdf)

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (APDP)- *Viver com a diabetes*. 2ª ed. Lisboa : Lidel, 2004 . ISBN 9789727961085

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (APDP)-*Pé diabético. Caminhando para um futuro melhor*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 9789727576814

ASOCIACIÓN AMERICANA DE LA DIABETES (ADA). Las normas de atención médica en la Diabetes de 2015. Estados Unidos: Diabetes Care. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 2015, vol.30, Supl. 1, pp.s8-s16. ISSN 1935-5548

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE). Ley orgânica 1729/2010. *Programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria*. [En Linha]. Sec. III. Nº 157 (29 de junio de 2010), pp. 57217-57250. ISSN: 0212-033X. [Consult. Abril 2017]. Disponível em: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>

BAKKER, K; RELEY, P- El año del pie diabético. Atención sanitaria. [En Linha]. *Diabetes Voice*, 2015, vol 50, nº.1, pp.11-14. [Consult. Janeiro 2017].Disponível em: [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_318\\_es.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_318_es.pdf)

BRITO DE SÁ, A. et al. - A diabetes mellitus em Portugal: relevância da terapêutica farmacológica adequada. [En Linha]. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 2016, vol. 8, pp. 44-53. [Consult. Dezembro 2016].ISSN 2183-7341. Disponível em: <http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/download/93/78>.

CHEN, Y et al.Effectiveness of a health promotion programme for farmers and fishermen with type-2 diabetes in Taiwan. [En Linha]. *Journal of Avanced Nursing*, 2011, vol. 67, nº 9. Pp. 2060-2067. ISSN 0309-2402. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05678.x/epdf>

CISNEROS, L.- Avaliação de um programa para prevenção de úlceras neuropáticas em portadores de diabetes. [En Linha]. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 2010, vol. 14, nº 1, pp. 31-37. ISSN 1413-3555. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <100TTP://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n1/06.pdf>

COSTA, J.-*Diabetes Mellitus. Atlas da saúde*. [Em Linha]. Criações Digitais, Lda. Dezembro 2016, [Consult. 2017-03-12] <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/124-dos-portugueses-com-diabetes>

DE SANTOS, Cecilio et al.- Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados:inquérito telefônico de morbidade autorreferida. [Em Linha]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, vol. 20, nº. 3, pp. 761-770. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf)

DEL CASTILLO TIRADO, Ana - Guía de práctica clínica en el pie diabético. [Em Linha] *ImedPub Journals*, 2014, vol.10, nº2, pp. 1-17. [Consult.Dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Educação terapêutica na diabetes mellitus*. Circular normativa. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2000. N.º 14/DGCG. . [Consult.Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013201.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Pé Diabético. Programa de Controlo da Diabetes Mellitus*. Circular normativa. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2001, N.º.8 /DGCG. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-8dgcg-de-24042001-pdf.aspx>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS)- *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2006. ISBN 972-675-151-9. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Prevencao-das-Doencas-Cardiovasculares.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2008, [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-e-Controlo-da-Diabetes.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar ..* [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2008. ISBN 978-972-675-182-3. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em:[http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230\\_2.pdf](http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf)

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Plano Nacional De Saúde 2011-2016. Eixos estratégicos. Equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2010. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2011/02/ea\\_16-03-2011.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2011/02/ea_16-03-2011.pdf)

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético*. Orientação da Direcção Geral da Saúde. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2011, N.º003/2011. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/orientacao-da-direccao-geral-da-saude-n-0032011-de-21012011-pdf.aspx>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde*. N.º 002/2011. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2011. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em:[http://www.leitaosantos.pt/site/upload/File/DGS\\_DM\(1\).pdf](http://www.leitaosantos.pt/site/upload/File/DGS_DM(1).pdf)

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS)- Programa Nacional para a Diabetes. Orientações programáticas. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2012. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U-QaopVeEi0J:https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-diabetes-pdf.aspx+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pt>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS)- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Norma da direção geral de saúde. Nº 010/2013 [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dwOMlaTAeQcJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pt>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS)- Processo *assistencial integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:x1hOKlIOzUUJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013-jpg.aspx+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pt>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos Organizados de base populacional de Portugal continental*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2014. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: [http://www.apah.pt/media/Outros\\_Docs\\_TecnicosRelatorios\\_Tematicos/DGS\\_Relatorio\\_Avaliacao\\_e\\_MonitorizacaoDosRastreamentosOncologicosOrganizadosDeBasePopulacionalDePortugalContinental\\_Ano2013\\_Setembro2014.pdf](http://www.apah.pt/media/Outros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos/DGS_Relatorio_Avaliacao_e_MonitorizacaoDosRastreamentosOncologicosOrganizadosDeBasePopulacionalDePortugalContinental_Ano2013_Setembro2014.pdf)

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (PNVGBR). [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2015. ISBN 978-972-675-233-2. [Consult. Março 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2015. ISBN: 978-972-675-227-1. [Consult. Dezembro 2016] Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015\\_2015\\_AGO.2015.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf)

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números – 2015*. Lisboa: DGS, 2016.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS)- *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2016. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>

Regulamento nº 128/2011.D.R. 2ªSerie. Nº35 (18 Fevereiro 2011), pp.8667.

Regulamento nº 348/2015. D.R. 2ª Serie. Nº118 (19 Junho 2015),pp 16481.

Regulamento nº 348/2015. D.R. 2ª Serie. Nº35 ( 18 de Fevereiro de 2011), pp. 8660.

Regulamento nº 298/2007.D.R.1ª Serie. Nº161 (22 de Agosto de 2007), pp. 5587.

Regulamento nº 28/2008. D.R. 1ª Serie. Nº38 (22 de Fevereiro 2008), pp. 1182.

Regulamento n.º 137/2013. D.R. 1ª Serie. Nº 193 (7 de outubro de 2013), pp. 6050.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS). *Cuidados de saúde a portadores de diabetes mellitus*. [Em linha]. Porto: ERS, 2011. [Consult. Fevereiro, 2017] Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/139/DM\\_Relatorio\\_Final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP)- *Regulamento do segundo ciclo de estudos*. [Em linha]. Porto: ESEP, 2010. [Consult. Dezembro, 2016] Disponível em: [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/a\\_esep/regulamentos/38\\_regulamento\\_segundo\\_ciclo.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/a_esep/regulamentos/38_regulamento_segundo_ciclo.pdf)

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (FID)-*Atlas de la Diabetes de la FIB*. 7ª ed., 2015. ISBN: 2-930229-80-2.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (FID)- Educación para la diabetes. Diabetes Voice. Perspectivas Mundiales de la Diabetes. Novo nordisk, 2007, vol.52, pp. 1-65. ISSN: 1437-4064

FUJIWARA, Y. et al.- Beneficial effects of foot care nursing for people with diabetes mellitus: an uncontrolled before and after intervention study. [Em linha]. *Journal of Advanced Nursing*, 2011, vol. 67, nº9, pp. 1952-1962. [Consult. Março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21480962>

FURTADO. C. e PEREIRA. J. -*Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Anexo II. Intervenções*. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2010. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA-A21.pdf>

GONZÁLEZ, Rosario - Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. [Em linha]. *Diabetes Práctica*, 2014, vol. 5, Supl. 2. pp.1-24. [Consult. Janeiro 2017] Disponível em: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>

LIFENG FAN et al.- Improving foot self-care knowledge, self-efficacy, and behaviors in patients with type 2 diabetes at low risk for foot ulceration: a pilot study. [Em linha]. *Clinical Nursing Research*, 2013, vol. 20, nº 10, pp. 1-17. ISSN: 1054-7738. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1054773813491282>

LOPEZ ANTUÑANO, S. e LOPEZ ANTUÑANO, F. Diabetes Mellitus y lesiones del pie. [Em linha]. *Scielo. Salud Pública De México*. 1998, vol.40, n.º.3, pp. 281-292. [Consult. Março 2017]. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/spm/v40n3/Y0400310.pdf>

MAKKIAWOUDA, F- Effects of health education of diabetic patient's knowledge at diabetic health centers, Khartoum State, Sudan: 2007-2010. [Em linha]. *Canadian Center of Science and Education*, 2014, vol. 6, nº2, pp. 221-226 ISSN 1916-9736. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825225/>

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P. e GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. . [Em linha]. *Texto Contexto Enfermagem*, 2008; vol. 17 nº.4, pp.758-64. ISSN 1980-265X. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (MPCSP)-A *equipa de cuidados continuados integrados. Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social*. 2007. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Orientacoes-para-a-constituicao-nos-centros-de-saude2.pdf>

NEMCOVA, J. HLINKOVÁ, E.The efficacy of diabetic foot care education. [Em linha]. *Journal of Clinical Nursing*, 2013, vol. 23, pp. 877-882. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/251233190> The efficacy of diabetic foot care education

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Proposta da ordem dos enfermeiros modelo organizacional da unidade de cuidados na comunidade (UCC)*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2008. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/2008/2008\\_05\\_12\\_Proposta%20UCC.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/2008/2008_05_12_Proposta%20UCC.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2010. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_com\\_petencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_com_petencias_comuns_enfermeiro.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2010. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2011. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Recomendações para a preparação para o nascimento*. [Em linha]. Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia 2012/2015. RECOMENDAÇÃO Nº2/2012. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca\\_2\\_2012\\_MCEESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca_2_2012_MCEESMO.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE)- *Visitação domiciliária*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2012. [Consult. Março 2017]. Disponível em: [http://impresso.jornaldamadeira.pt/noticia.php?Seccao=14&id=218224#.UhdTQfcZSxc.fac\\_ebook](http://impresso.jornaldamadeira.pt/noticia.php?Seccao=14&id=218224#.UhdTQfcZSxc.fac_ebook)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Conselho Jurídico 79/2012*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2012. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/CJ\\_Parecer%2079\\_2012\\_AUTONOMIA\\_ENFERMEIRO\\_RELATIVAMENTE\\_EXECUCAO\\_TRATAMENTO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2079_2012_AUTONOMIA_ENFERMEIRO_RELATIVAMENTE_EXECUCAO_TRATAMENTO.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Relatório da Equipa regional de apoio e acompanhamento- ERA sobre os programas de Saúde abrangidos pela UCC da ARSLVT, nomeadamente o curso de preparação para o parto parentalidade. Proposta de sugestão*. [En linha]. Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia PARECER Nº38/2013. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_38\\_2013\\_ERA\\_UCC.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_38_2013_ERA_UCC.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Importância da presença do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nos cuidados de saúde primários, nomeadamente na unidade de cuidados na comunidade (UCC). Mesa do colégio em enfermagem médico-cirúrgica* PARECER N.º 12 / 2014. [Em linha]. Lisboa: OE, 2014. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEMC Parecer 12 2014 ImportanciaDaPresencaDoEEMC Nos CuidadosDeSaudePrimarios NomeadamenteNAS%20UCC.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro!. Secção Regional Sul. Estudo realizado pela Secção Regional do Sul junto das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) no ano de 2014. [Em linha]. Lisboa: OE, 2014. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/PublishingImages/INVESTIGA%C3%87%C3%83O/Estudo%20UCC%20RSul%202013\\_3dez2014.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/PublishingImages/INVESTIGA%C3%87%C3%83O/Estudo%20UCC%20RSul%202013_3dez2014.pdf)

PARLAMENTO EUROPEIO (PE). Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na EU. Jornal Oficial da União Europeia- RC\895664PT. [Em linha]. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017142.pdf>

PINILLA, E. Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. [En linha]. Revista Salud Pública. 2011, vol. 13, nº 2, pp. 262-273. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n2/v13n2a08>

RODRIGUES, M<sup>o</sup> Del Carmen et al. - Cuidado com os pés diabéticos antes e após intervenção educativa. [En linha]. *Enfermería Global*, 2013, nº29, pp. 53-62 ISSN 1695-6141. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt\\_clinica3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_clinica3.pdf)

ROMAN, R. e FRIEDLANDER, M. R . Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. [En linha]. *Cogitare Enfermagem Curitiba*, 1998, vol.3, nº.2, pp. 109-112. [Consult. Janeiro 2017] <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/44358/26850>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. (SPD). *Diabetes: Factos e Números. O Ano de 2014. Relatoria Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. [En linha] Observatório da Diabetes, 2015. Lisboa. ISBN: 978-989-96663-2-0. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2014.aspx>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. (SPD). *Diabetes: Factos e Números. O Ano de 2015. Relatoria Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. [En linha] Observatório da

Diabetes, 2016. Lisboa. ISBN: 978-989-96663-2-0. [Consult. Fevereiro 2017] Disponível em: <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA (SPD)- *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. [Em Linha]. Lisboa; Observatorio da Diabetes, 2016. [Consult. Janeiro 2017]. ISBN: 978-989-96663-2-0Lisboa

SOUZA, A. et al. -Educação em saúde com grupos na comunidade: Uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. [En linha]. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2005, vol.26, nº2, pp. 147-153. ISSN 0102-6933. [Consult.Março 2017]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4547/2478>

SOUZA, M.T., SILVA, M.D. e CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. [En linha] *Einstein*, 2010, vol.8, nº.1, pp. 102-106. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em : [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)

TSCHIEDEL. B. Complicações crônicas do diabetes. *Endocrinologia*. [En linha]. *JBM*, 2014, vol. 102, nº.5, pp. 7-12. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4502.pdf>

WILLIAMS, I et al.,- Enhancing diabetes self-care among rural African Americans with diabetes: Results of a two-year culturally tailored intervention. [En linha].*The Diabetes Educator*, 2014, vol. 40, nº2, pp. 231-239. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em [doi:10.1177/0145721713520570](https://doi.org/10.1177/0145721713520570)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)-*Health Promotion Glossary*. [Em Linha]. Geneva: World Health Organization, 1998. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>



## **ANEXOS**



**Anexo I- Projeto de educação para a saúde a pessoas com diabetes  
tipo 2. “Cuidando de sua saúde”**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

2º ANO

2016

---

PROJETO DE EDUCAÇÃO PARA DIABÉTICOS TIPO 2

“CUIDANDO DE SUA SAÚDE”

Autor:

Natalia Bande Álvarez

Orientador de estágio:

Enf. Vitoria

Porto, 2016



## **ABREVIATURAS**

APDP. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

AAD-Associação Americana de Diabetes

DGS- Direção-Geral da Saúde.

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto.

IDF- Federação Internacional de Diabetes.

MEC- Mestrado em Enfermagem de Comunitária.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

UCC- Unidade de cuidados na comunidade.

UE- União Europeia.

PNS- Plano Nacional de Saúde.

PNPCD- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.

SPD- Sociedade Portuguesa de Diabetologia.



## **INDICE**

### **INTRODUÇÃO**

#### **1. MARCO TEÓRICO**

- 1.1 A problemática da Diabetes Mellitus
- 1.2 O que é a diabetes?
- 1.3 Complicações da Diabetes Mellitus
- 1.4 Pé diabético
- 1.5 Educação terapêutica

#### **2 ELABORAÇÃO DE PROJETO**

- 2.1 Justificação do projeto
- 2.2 Objetivos
  - 2.2.1 Objetivos gerais
  - 2.2.2 Objetivos específicos
- 2.3 Entidade promotora
- 2.4 Participantes
- 2.5 Critérios de seleção
- 2.6 Estratégias
- 2.7 Cronograma das sessões
- 2.8 Recursos
- 2.9 Avaliação

#### **REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS**

#### **ANEXOS**



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

No âmbito da unidade curricular de Estágio em Enfermagem Comunitária do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi proposto o desenho de um projeto de intervenção em saúde com o objetivo de aumentar os conhecimentos em saúde relacionados com Diabetes Mellitus, dos utentes inseridos na Unidade Cuidados Continuados de Campanhã.

Este projeto de intervenção pretende abordar a problemática do doente com Diabetes Mellitus tipo 2, mediante sessões educativas que visam a capacitar o utente a gerir a sua saúde e a prevenir complicações secundárias.

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao marco teórico onde se faz uma contextualização da Diabetes Mellitus como doença crónica de elevada prevalência na sociedade atual. Por sua vez, no segundo capítulo se apresenta o desenho de projeto educacional para doentes diabéticos tipo 2.



## INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde relacionados com as condições físicas e o ambiente são cada vez mais uma causa crescente de mortalidade e morbidade que condicionam o indivíduo, conduzindo a uma diminuição da produtividade, da qualidade de vida da população.

Neste século XXI, dados epidemiológicos recentes mostram-nos um aumento do stress, da falta de exercício, dos maus hábitos alimentares. O que contribui ao aparecimento de uma doença como a Diabetes Mellitus. A Diabetes Mellitus pode ser considerada a doença do estilo de vida moderna (APDP, 2010).

É por isso que é uma doença em expansão em todo o mundo. Segundo os dados da Internacional Diabetes Federation (IDF), em 2010 existirão aproximadamente cerca de 280 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus, prevendo-se que no 2030 cerca de 438 milhões o que representa um aumento de 54% (APDP, 2010).

Os profissionais de enfermagem encontram-se numa posição privilegiada para detetar e intervir em relação às necessidades dos utentes.

Com este projeto pretende-se contribuir para a construção de estratégias no sentido de promover hábitos alimentares saudáveis, assim como a prática de actividade física, no sentido de evitar ou retardar o aparecimento da Diabetes Mellitus.



## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 A problemática da Diabetes Mellitus tipo 2**

O século XX caracteriza-se por importantes transformações no crescimento e na composição da população, com repercussões na vida social e económica dos países. O envelhecimento passou a ser considerado um fenómeno contemporâneo e mundial. O crescimento acentuado da prevalência da Diabetes Mellitus deve-se a estas rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas bem como à adoção de estilos de vida de risco (DGS, 2013). A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, com elevados custos económicos, em rápida expansão por todo o mundo. Calcula-se que Portugal terá, na segunda década deste século, cerca de 700 000 diabéticos (APDP, 2010).

A Diabetes Mellitus tornou-se atualmente um dos maiores problemas de Saúde Pública do mundo, pois o número de pessoas que sofrem desta doença tem aumentado muito nas últimas décadas, e de forma especial, nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (APDP, 2004). Considera-se que, na Europa, o número de diabéticos ronda os 30 milhões e para o ano 2025 poderá aumentar para 300 milhões em todo mundo. Os EUA, a Índia e a China serão os países com maior número de diabéticos em 2025 (APDP, 2004). Estima-se que estes números aumentem 16,6% até 2030 tendo em conta: a proliferação da obesidade; o progressivo envelhecimento da população europeia, os fatores genéticos, a vida sedentária e os hábitos nocivos como o tabagismo (PE, 2012).

A Diabetes Mellitus apresenta uma configuração diferente, de acordo com a região do mundo e com o contexto em que se insere, mas sempre com um crescimento progressivo.

Esta doença tem uma incidência maior no grupo etário superior aos 45 anos, e, além disso, surgem cada vez mais casos em idades mais jovens (DGS, 2012).

Segundo a Resolução do Parlamento Europeu sobre Diabetes Mellitus: *“Considerando que a Diabetes Mellitus tipo 2 diminui a esperança de vida em 5-10 anos e que a Diabetes tipo 1 reduz a esperança de vida em cerca de 20 anos; atribuem-se à diabetes 325 000 mortes anuais na União Europeia (UE), ou seja, um cidadão de dois em dois minutos”* (PE, 2012).

Dados do Parlamento Europeu revelam que 75% dos doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 não tem um controlo eficaz da sua doença. Este facto traduz-se, para a pessoa diabética, num aumento de complicações na sua vida diária, a diminuição de produtividade e custos para a sociedade (PE, 2012). Segundo Brito de Sá et al., (2015), a Diabetes Mellitus é responsável por mais de 10% das despesas de saúde e tudo indica que esses custos, de forma inevitável, aumentem, devido ao crescente número de doentes diabéticos, envelhecimento populacional e diversas comorbidades.

Em 2010 a Diabetes Mellitus em Portugal atingiu 12,4% da população envolvida entre os 20 e os 79 anos, desses, apenas 7% tinham o diagnóstico (DGS, 2012). No ano 2014, a Diabetes Mellitus assume 4 % das mortes, situando-se logo atrás das doenças cardiovasculares, oncológicas e respiratórias. Constatando-se nesta última década, uma diminuição do número de anos potenciais de vida perdida (SPD, 2014).

Segundo dados do Observatório Nacional da Diabetes (OND), a prevalência na população portuguesa da Diabetes Mellitus foi de 13,3%, isto é mais de 1 milhão de portugueses. É de realçar uma diferença entre a prevalência da Diabetes Mellitus entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%). Verifica-se um aumento da taxa da Diabetes Mellitus com o aumento da idade, mostrando uma correlação direta entre a prevalência e o envelhecimento dos indivíduos (SPD, 2016).

Um dos primeiros programas nacionais para a saúde pública que se criaram em Portugal foi o Programa Nacional para a Diabetes, que apareceu pela primeira vez na década de setenta. Este programa tem sido atualizado ao longo do tempo, através de diversas

revisões, começando em 1992 pela então Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primárias e sendo reformulado em 1995 à raiz de uma nova visão que exigia a interconexão entre os cuidados de saúde primários e hospitalares (DGS, 2008). Em 1998 o Programa Nacional de Controlo de Diabetes, foi actualizado e revisto criando o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes visando uma gestão integrada da Diabetes Mellitus e da formação de parcerias com os profissionais que se confrontam com ela, insistindo na total vigilância da doença (DGS, 2012). Algum tempo depois, criou-se como acompanhamento o Guia do Diabético, como contributo para a melhoria e co-responsabilização do utente diabético com várias normas de boas práticas profissionais na abordagem da doença (DGS, 2012).

Atendendo à necessidade de inverter a tendência de crescimento da Diabetes Mellitus, Portugal assinou, já no ano 1989, a Declaração de St. Vincent, participando no plano para reduzir as principais complicações da Diabetes Mellitus: doenças coronárias, insuficiência renal, cegueira e amputações (DGS, 2008). Em Lisboa voltou a celebrar-se, no ano 1997, a *Fourth Meeting for the Implementation of the St. Vincent Declaration Diabetes Care and Research in Europa*, com a participação de representantes de mais de sessenta países. A qual foi efetuada com a colaboração da Organização Mundial de Saúde (OMS), Federação Internacional de Diabetes (IDF) e a Direção-Geral da Saúde (DGS). Nesta reunião, sublinhou-se a importância na luta contra as complicações da Diabetes Mellitus (DGS, 2008).

Em resposta às novas necessidades da população, a DGS em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SDP) e a Associação Protetora dos Diabéticos (ASPD), analisou as estratégias nacionais em vigor em 2008. Compilando assim, a versão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) integrado de novo pelo Ministério no Plano Nacional de Saúde (PNS) (DGS, 2012).

No programa Nacional de saúde, revisão e extensão a 2020, constituído como base ao programa nacional 2012-2016 em conjunto com as principais orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (aprovada por todos os estados membros em setembro de 2013), apresenta-se um carácter agregador e orientador considerando as

medidas consideradas mais relevantes para a obtenção de mais ganhos/benefícios em saúde para a população de Portugal (DGS, 2015).

## **1.2 O que é a Diabetes Mellitus?**

A Diabetes Mellitus é uma doença metabólica de caráter crónico, que apresenta uma alteração da capacidade metabólica, desencadeando um aumento anormal de glicose no sangue, designada por hiperglicemia. Este aumento é produzido nalguns casos, pela insuficiente produção de insulina, noutros deve-se à sua insuficiente ação e, frequentemente à combinação destes dois fatores (ERS, 2011). Normalmente, as células de nosso organismo absorvem a glicose, que posteriormente ao ser queimado, fornece energia (APDP, 2010). Por conseguinte, a glicose resulta da digestão e transformação dos amidos e açúcares da nossa alimentação; dá-se a apropriação e incorporação na circulação sanguínea que permanece disponível para ser utilizada pelas células. Se a glicose não for utilizada, acumula-se no sangue, expulsando-se logo pela urina. Para que a glicose possa ser utilizada como fonte de energia é preciso a intervenção de uma hormona, a insulina (APDP, 2004). A insulina é produzida nas células beta ( $\beta$ ), dos ilhéus de Langerhans, um tipo de células do pâncreas, é libertada pelo pâncreas por vários estímulos como são a ingestão de proteínas e carboidratos e sua passagem à corrente sanguínea (APDP, 2010). Este órgão, situado junto ao estômago, produz diversas substâncias, entre elas a insulina, fundamental para o funcionamento adequado do organismo. A sua falta ou ação insuficiente levam a alterações na metabolização dos açúcares, das gorduras e das proteínas, que são as bases de nossa alimentação (APDP, 2010).

A Diabetes Mellitus pode classificar-se em varias categorias:

A Diabetes Mellitus tipo 1 que pode definir-se como a carência de insulina. É uma doença de características autoimune, na qual se destroem as células beta do pâncreas que

produzem insulina acabando por originar déficit absoluto da mesma. Esta é a causa responsável por 3-5% dos casos de Diabetes Mellitus no mundo. Desenvolve-se frequentemente em crianças e jovens, mas pode aparecer em qualquer idade (FIB, 2015).

A Diabetes Mellitus tipo 2 produz-se pela resistência da ação da insulina, causada pela combinação da resistência á insulina ou á deficiente secreção do próprio hormônio. Está associada a pessoas com hábitos de vida não saudáveis e constitui 95% dos casos de Diabetes Mellitus existentes no mundo. É característico, sobretudo, na idade avançada, contudo nos últimos tempos está a apresentar-se cada vez mais cedo inclusivé em adolescentes e crianças (ADA, 2015).

A Diabetes Mellitus Gestacional é outro tipo de diabetes e pode ocorrer durante a gravidez. É uma intolerancia á glucose, que aparece ao longo da gravidez, nomeadamente no segundo trimestre, e desaparece quando esta termina. A Diabetes Mellitus Gestacional afeta 1 de cada 25 gestações e provoca o aumento do índice de morbilidade e mortalidade materna e fetal. Estas mulheres que sofrem Diabetes Mellitus gestacional tem um maior risco de desenvolver Diabetes Mellitus tipo 2 ao longo de sua vida (FIB, 2015).

Existem outros tipos de Diabetes Mellitus devido a outras causas que produzem alterações metabólicas como são; a diabetes neonatal, as alterações pancreáticas que interferam na secreção de insulina, administração de algumas drogas químicas ou trasplante de órgãos (ADA, 2015).

O desenvolvimento destes diferentes tipos de Diabetes Mellitus é atribuído a factores genéticos, epigenéticos, medioambientais e biológicos. Este significa que muitos dos factores geradores de Diabetes Mellitus escapam ao controlo da pessoa. Contudo, no caso da Diabetes Mellitus tipo 2, que é o tipo mais freqüente, este é causado por factores de riscos que podem ser prevenidos (FIB, 2015). Riscos que consistem em hábitos de vida não saudáveis, que se traduzem em: sobre alimentação ou alimentação inadequada, falta de exercício físico, tensão arterial alta e os níveis elevados de colesterol no sangue (APDP, 2010).

A Diabetes Mellitus tipo 2 desenvolve-se de forma habitual em pessoas com peso elevado e com aumento do perímetro abdominal. Devido ao consumo excessivo de calorias em forma de doc

es ou gorduras aliadas ao déficit de exercício físico acabam por desenvolver alterações fisiopatológicas caracterizadas pela combinação de resistência à insulina em alguns tecidos como é o caso do músculo, fígado e tecido adiposo (APDP, 2004; FIB, 2015).

Por essas causas, a Diabetes Mellitus tipo 2, é associada a uma doença da idade adulta. No entanto, nos últimos anos, como já referimos, está a aparecer em idades mais jovens; devido principalmente aos maus hábitos de vida que tem invadido as camadas mais jovens da população, em especial dos países mais desenvolvidos (APDP, 2010).

Neste tipo de Diabetes Mellitus as células betas do pâncreas encontram-se com a capacidade de produzir insulina. Porém, uma alimentação pouco saudável e a vida sedentária, com pouco ou nenhum exercício físico, tornam o organismo resistente à ação da insulina, (insulino resistência), obrigando o pâncreas a aumentar sua capacidade produtiva para reduzir os valores glicêmicos, até que a insulina deixa de ser suficiente devido a uma disfunção nas células B pancreáticas que contribuirá para o aparecimento da Diabetes Mellitus tipo 2 (APDP, 2010).

Os sintomas típicos da Diabetes Mellitus, em relação com o aumento da glicemia são; poliúria, polifagia, polidipsia, xerostomia, fadiga, prurido em algumas partes do corpo e visão turva (APDP, 2004). No adulto é habitual a Diabetes Mellitus não apresentar sintomas no seu início, o que faz com que possa manter-se oculta durante anos. O diagnóstico da Diabetes Mellitus tipo 2 é feito através dos sintomas manifestados pela pessoa e é confirmado com análises de sangue (DGS, 2011).

Segundo a DGS, (2011), o diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral: Glicemia em jejum (não menos de 8 horas) de 126mg/dl ou superior em duas ocasiões separadas por um curto período de tempo; Glicemia ocasional de 200mg/dl ou superior, em presença de sintomas

diabéticos. A OMS considera que valores acima de 110 mg/dl já são uma alteração da glicemia e alguns estudos atribuem o estado de pré-diabetes acima de 100 mg/dl.

A DGS (2011) de acordo com os anteriores parâmetros estabelece como critério, os valores em jejum acima de 6,5% da hemoglobina glicada A1c (HbA1c) no plasma venoso. A utilização da HbA1c no diagnóstico é seguida pela ADA e recomendada pela OMS (2011). A DGS expõe que o diagnóstico da Diabetes Mellitus numa pessoa assintomática não deve realizar-se na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo confirmar-se numa segunda avaliação após uma ou duas semanas (DGS, 2011).

O aumento de açúcar no sangue pela falta de insulina necessária ou a resistência à sua ação, conduz progressivamente a alterações metabólicas agudas e crônicas. Esta hiperglicemia mantida no tempo provoca lesões patológicas graves em vários tecidos e órgãos. As chamadas doenças tardias da Diabetes Mellitus (ADA, 2015).

### **1.3 Complicações da Diabetes Mellitus**

Com o passar dos anos, os doentes com Diabetes Mellitus podem vir a desenvolver uma série de complicações em vários órgãos. Estima-se que aproximadamente 40% das pessoas com Diabetes Mellitus vem a ter complicações tardias graves da sua doença (APDP, 2004). Especialmente nas últimas décadas a Diabetes Mellitus tipo 2 provocou um aumento da mortalidade por complicações. Estas desenvolvem-se de uma forma silenciosa, às vezes encontram-se instaladas desde há algum tempo e não se detetam, isto é, detetam-se tardiamente. E, deste modo, os efeitos adversos evoluem de forma rápida e implicam um maior risco (Santos et al, 2015).

As complicações agudas - cetoacidoses diabética, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica e hipoglicêmica, correspondem a emergências clínicas, que precisam ser identificadas e

tratadas no momento, pois, podem por em risco a vida do utente se não forem tratadas a tempo.

São designadas por complicações crónicas as que surgem tardiamente na evolução da Diabetes Mellitus e são promovidas por um controlo insuficiente. A predisposição que cada pessoa diabética tem de desenvolver complicações crónicas é diversa e vai depender da constituição genética individual. Porém, há um grupo de fatores de risco, que fazem com que um indivíduo seja mais susceptível a ter complicações. Estes fatores de risco evidenciam-se por um insuficiente controlo das glicemias, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e tabagismo (Tschiedel, 2014).

Podemos dividir as complicações crónicas da Diabetes Mellitus quanto á sua causa, em três grandes grupos:

- As complicações microvasculares causadas pela progressiva lesão dos pequenos vasos sanguíneos. Neste grupo encontram-se doenças da retina, ou retinopatia, e as lesões dos rins (nefropatia diabética) (APDP, 2010).
- As complicações macrovasculares causadas pela obstrução das artérias de médio e grande calibre, tem repercussões a nível do cérebro, coração e pés. São exemplo disso os acidentes vasculares cerebrais (AVC), a angina de peito, o enfarte agudo do miocárdio e a gangrena dos membros inferiores (APDP, 2010).
- A neuropatia diabética deve-se à lesão dos nervos periféricos, manifestando-se pela redução de sensibilidade superficial que envolve as partes mais distais do corpo (mãos e pés). As alterações nervosas podem originar a chamada dor neuropática que pode ser muito intensa e de difícil manejo. A perda de sensibilidade aumenta o risco de lesão principalmente nas zonas dos pés, que em conjunto com os défices circulatórios podem originar lesões e infeções graves (APDP, 2010).
- Pode manifestar-se também a impotência sexual no sexo masculino, perda de desejo, incapacidade de orgasmo ou diminuição de lubrificação no sexo feminino. Complicações que nem sempre são valorizadas, mas que têm relevância na qualidade de vida do utente diabético.

A prevenção destas complicações baseiam-se na educação terapêutica, com o objetivo de capacitar a pessoa para a tomada de decisões adequadas na gestão do seu regime terapêutico.

#### **1.4 Pé diabético**

O pé diabético é um síndrome caracterizado pela existência de neuropatia, isquemia e infecção nos membros inferiores, que com o passar do tempo provocam alterações nos tecidos ou ulcerações originadas por traumatismos. Estas lesões ocasionam aos utentes um aumento da morbidade que pode terminar em amputações (Pinilla, 2011).

O pé diabético é uma das conseqüências mais nocivas da Diabetes Mellitus, é responsável pela ocupação prolongada de camas hospitalares, problema com importantes conseqüências de saúde, sociais e económicas para os doentes, para sua família e para a comunidade. Sendo considerada pela DGS como uma das complicações mais graves da Diabetes Mellitus (DGS, 2001).

Estima-se que a prevalência do pé diabético atinja cerca do 15% da população com Diabetes Mellitus (DGS, 2001). O número de afetados cresce com a idade da população sendo mais elevado no grupo etário que abrange os 45-65 anos. Sendo o risco de amputação para o grupo de pessoas com Diabetes Mellitus 15 vezes mais elevado. A DGS refere que em Portugal a prevalência é de 1200 amputações anuais por causa da patologia diabética, e mais de metade dos doentes, após 5 anos da primeira amputação, já terão sofrido amputação contralateral (DGS, 2001). Na última publicação do relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes destacou-se um total de 1250 amputações, no sistema nacional de saúde, em 2015 (SPD, 2016).

A forma mais habitual de se desenvolver o pé diabético começa com a progressiva perda de sensibilidade nos membros inferiores, mais especificamente nos pés. Sendo que numa primeira etapa é comprometida a sensibilidade profunda (sensibilidade vibratória ou de pressão) e com o tempo começa a afetar-se a sensibilidade tátil do pé, dolorosa e térmica (Castillo,2014). Seguidamente, os grandes vasos sanguíneos começam a obstruir por uma progressiva calcificação das paredes, designado por isquemia, que produzirá alterações de pressão a nível das artérias tibiais e consequentemente alterações na irrigação efetiva dos tecidos. Enquanto, a nível cutâneo se produz um engrossamento e secura da pele do pé que provoca fissuras, calosidades e dificuldade na mobilidade articular, gerando deformidades ósseas e articulares que costumam transformar os dedos em garra (Castillo, 2014).

Conforme o exposto, as lesões do pé diabético podem surgir por duas razões, pela insensibilidade provocada pela neuropatia sensitivo-motora e/ou pela isquemia provocada pela arteriosclerose das artérias dos membros inferiores, sendo a prevalência do pé neuropático cerca de 70% e do pé neuroisquêmico de 30%. A fundamental diferença para distinguir estes dois casos é que no pé isquêmico há ausência de pulsos á palpação (DGS, 2001).

Segundo as recomendações da Associação de Diabéticos Americana (ADA) é preciso manter a vigilância em todos os utentes, para detetar precocemente os fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras no pé e consequentemente as amputações. A vigilância do pé deve incluir uma avaliação da integridade cutânea, dos pulsos e teste da sensibilidade cutânea e profunda. Referente à integridade cutânea realiza-se a avaliação do estado das unhas e da pele (secura, presença de calosidades, gretas ou micoses), presença de edema, temperatura, deformidades dos dedos ou rigidez articular. A avaliação vascular realiza-se com a palpação dos pulsos arteriais pedioso e tibial posterior, podendo manifestar-se presente ou ausente. Relativamente á avaliação para identificar a perda de sensibilidade é simples e não requer equipamentos sofisticados. A exploração clínica para identificar perda sensitiva na superfície do pé pode avaliar-se mediante 5 testes fáceis (Monofilamento 10-g de *Semmes-Weinsteine*, prova da picada (pinorick), prova de sensibilidade vibratória com o

uso de diapason de 128Hz, avaliação do reflexo aquíteu e umbral da percepção da vibração com biotensímetro) (González, 2014). Qualquer destas provas oferece resultados fiáveis na identificação da alteração da sensibilidade, de acordo com as recomendações da ADA sobre a escolha do método a utilizar é: o uso de monofilamento de 10-g de *Semmes-Weinsteinem* (utilizado como marcador de risco de ulceração) em conjunto com outra prova qualquer das anteriormente mencionadas (Cit. por González, 2014. p.20).

As conseqüências humanas e econômicas pé diabético são muito graves devido á vulnerabilidade adquirida da pessoa. As lesões nervosas, os problemas vasculares e a lenta cura das feridas podem tornar as alterações em úlceras crônicas do pé, difíceis de curar também por suas características polimicrobianas (Bakker, 2015). Os profissionais que trabalham na assistência dos utentes com Diabetes Mellitus, mais especificamente no tratamento de lesões no pé, têm demonstrado que entre 49% a 85% de todos os danos produzidos podem ser prevenidos (Castillo, 2014).

Os principais fatores que contribuem a ocasionar uma lesão, aumentando o risco do aparecimento de complicações na vida dos utentes diabéticos são: doença vascular periférica, neuropatia periférica, deformidades nos pés, pressão plantar, calosidades, história de úlceras prévias, amputações anteriores, tabagismo, idade avançada, tempo de avaliação de doença de mais de 10 anos, mobilidade articular diminuída, controlo metabólico deficiente, calçado não adequado, higiene deficiente dos pés, alcoolismo, baixo nível socioeconômico, falta de educação terapêutica adequada (Castillo, 2014).

A identificação precoce da neuropatia diabética e a educação para o autocuidado são atividades preventivas de primeira linha para diminuir o risco de aparecimento de complicações (Pinilla, 2011). A educação das pessoas diabéticas e dos seus conviventes ou familiares é precisa para prevenir o agravamento do quadro clínico, a realização de uma série de cuidados podem contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Os principais cuidados que a pessoa com Diabetes Mellitus deve ter com os pés são: examinar o pé diariamente com o uso de espelho se necessário para avaliar de forma integral toda a superfície; higiene com água não muito quente e secar bem, sobretudo

entre os dedos; hidratação da pele; cuidado das unhas adequado, limá-las e evitar as micoses; ter conhecimento dos agentes agressores e situações de risco como é caminhar descalço; remoção de calosidades por parte de um profissional especialista e vigiar qualquer sinal de alerta.

O calçado é uma das causas mais frequentes de traumatismo continuado, sobretudo nos locais de maior pressão ou maior fricção. Para evitar estes danos é recomendado o uso de palmilhas ou suportes plantares, sobretudo em utentes com risco médio ou alto de desenvolver pé diabético. O uso de calçado deve medir mais um centímetro para além do primeiro dedo do pé (halux) e deve ser o suficientemente alto para não causar danos na parte dorsal do pé; o tacão nunca deve ultrapassar dois ou quatro centímetros e o local do calcanhar deve estar fixo de forma a que não exista deslizamentos durante a marcha. As meias não podem possuir costuras e elásticos, devem ser de material absorvente como o algodão e fibras naturais ou lã (Castillo, 2014).

### **1.5 A educação terapêutica**

A Diabetes Mellitus e as suas complicações poderão ser controladas pelos comportamentos das pessoas. Para isso, os utentes com esta patologia precisam adquirir e desenvolver uma ampla base de conhecimentos e capacidades, tomando decisões relativas a um estilo de vida que favoreçam o seu bem estar e melhorem o autocuidado (FIB, 2007). Portanto, a educação nas pessoas com Diabetes Mellitus deve ser um processo ativo que as ajude a desenvolver competências sobre o seu autocuidado, oferecendo também a quem participa no processo a informação necessária para realizar as tomadas de decisão relativas à sua saúde. A educação acerca da Diabetes Mellitus deve situar a pessoa como o epicentro duma intervenção contínua, pelo que se torna um processo muito exigente, quase um desafio. É fundamental nesta educação transmitir aos utentes com Diabetes Mellitus a importância de

tomar opções saudáveis, promovendo um estilo de vida saudável e incrementando a qualidade de vida da mesma (FIB, 2007).

Perante isto, os profissionais de enfermagem operam em todas as etapas do processo saúde-doença. O seu trabalho nomeadamente na profilaxia adequada e o diagnóstico precoce do pé diabético é fundamental para diminuir o número de amputações e mortalidade (DGS,2011).

Assim, o enfermeiro de saúde comunitária é um profissional com competências para liderar a resposta frente a esta problemática, enfatizando a educação como intervenção no autocuidado preventivo.

As pessoas com Diabetes Mellitus de todo o mundo encontram muitos obstáculos e complicações para integrar os regimes terapêuticos e realizar os cuidados intrínsecos à sua doença. Os projetos educativos devem estar desenhados segundo estratégias apropriadas que tratem as áreas de real necessidade e que consigam influenciar na decisão de mudança.



## **2. ELABORAÇÃO DE PROJETO**

### **2.1. Justificação do projeto**

O projeto de intervenção aqui presente insere-se no âmbito do estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanha, a unidade de “Novo Sentido”. Tem por base a investigação que forma parte do projeto final do mestrado sobre as estratégias de prevenção do pé diabético nos doentes de Diabetes Mellitus tipo 2.

Este programa nasce na sequência de minimizar ou resolver as necessidades após o diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2. O tratamento da Diabetes Mellitus é fundamental, mas paralelamente surge a prevenção das complicações próprias desta doença que agravam a situação do utente diabético.

A educação para a saúde é a principal estratégia para gestão eficaz na doença crónica como objetivo de dotar aos utentes de conhecimentos e capacidades para a máxima autonomia possível no que repeita a saúde das pessoas.

Neste sentido, elaborou-se o presente projeto, no qual se visa a desenvolver uma intervenção educacional com a finalidade de fornecer conhecimentos. Evitando fatores de risco, determinantes do agravamento da doença e pelo tanto a redução de vida dos utentes com Diabetes Mellitus tipo 2.

### **2.2 Objetivos**

O presente projeto pretende melhorar os conhecimentos no âmbito da Diabetes Mellitus dos utentes da UCC de Campanha.

### **2.2.1 Objetivos gerais**

Capacitar as pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 a gerir a sua saúde e a prevenir complicações secundárias.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

-Aumentar o conhecimento das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, sobre a doença, envolvido no projeto.

-Aumentar a adesão nos autocuidados do seu regime terapêutico.

-Aumentar a literacia em saúde nas pessoas envolvidas no projeto.

## **2.3 Entidade promotora**

A entidade promotora é a UCC “Novo Sentido” do ACeS do Porto Oriental

## **2.4 Participantes**

- Os participantes deste projeto são os homens e mulheres da UCC de Campanhã do ACeS Porto Oriental. A participação será voluntária e formalizada através da inscrição no projeto.
- Os participantes do projeto deverão ser homens e mulheres, com Diabetes Mellitus tipo 2 recém diagnosticada da UCC de Campanhã do ACeS Porto Oriental.
- Cada sessão deve ter de 15-20 participantes no máximo.

## **2.5 Critérios de seleção**

Os critérios de seleção dos participantes de são:

- Ser diagnosticado como diabético tipo 2.
- Ser familiar, amigo ou pessoa próxima do utente diabético tipo2.
- Pertencer à área geográfica abrangida pela UCC de Campanha do ACESS Porto Oriental.

No mesmo sentido, os critérios de exclusão de participantes são:

- Ser diagnosticado como Diabéticos tipo 1.
- Não pertencer à área geográfica abrangida pela UCC do ACeS Porto Oriental.

## **2.6 Estratégias**

O projeto que se apresenta tem como estratégia a realização de sessões de formação/reflexão sobre cuidados da saúde, incidindo nos conhecimentos sobre o autocuidado e auto vigilância na Diabetes Mellitus.

As atividades serão realizadas uma vez a semana, durante 1 hora consonante os temas abordados.

No início do projeto se aplicarão por parte dos enfermeiros participantes, um questionário com o objetivo de quantificar qualitativamente o conhecimento base dos participantes antes da realização das sessões (Anexo I).

Os temas a desenvolver serão: A Diabetes Mellitus como doença crónica, sua fisiopatologia, complicações agudas e crónicas, a alimentação desde a escolha dos alimentos, a roda dos alimentos, leitura de rótulos e a importância de uma alimentação equilibrada. Cuidados ao pé, vigilância e prevenção de lesões, formas de tratamentos e sua importância.

Autocontrolo glicêmico e sua importância exercício físico, benefícios, recomendações e cuidados a ter.

## **2.7 Cronograma das sessões**

O cronograma encontra-se no anexo (Anexo II).

## **2.8 Recursos**

Recursos já disponíveis no ACES, na UCC de Campanhã

- Humanos: Profissionais enfermeiros da UCC de Campanhã.
- Materiais: Papel, impressora, computador, projetor multimédia.
- Físicos: A UCC de Campanhã.
- Financeiros: Suportados pela UCC de Campanhã.

## **2.9 Avaliação**

É realizada a avaliação inicial de conhecimentos que os utentes possuem mediante um questionário (Anexo 2).

No final das sessões educativas será aplicado o mesmo questionário a cada participante para a comparação de resultados antes e após das sessões do projeto para avaliar a eficácia das sessões de educação para a saúde.

A avaliação destas práticas permite a reflexão sobre a necessidade de modificação das estratégias utilizadas para melhorar sua efetividade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (APDP)- *Viver com a diabetes*. 2ª ed. Lisboa : Lidel, 2004 . ISBN 9789727961085

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (APDP)–*Pé diabético. Caminhando para um futuro melhor*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 9789727576814

ASOCIACIÓN AMERICANA DE LA DIABETES (ADA). Las normas de atención médica en la Diabetes de 2015. Estados Unidos: Diabetes Care. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 2015, vol.30, Supl. 1, pp.s8-s16. ISSN 1935-5548

BRITO DE SÁ, A. et al. - A diabetes mellitus em Portugal: relevância da terapêutica farmacológica adequada. [En Linha]. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 2016, vol. 8, pp. 44-53. [Consult. Dezembro 2016].ISSN 2183-7341. Disponível em: <http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/download/93/78>.

DE SANTOS, Cecilio et al.- Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefónico de morbilidade autorreferida. [Em Linha]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, vol. 20, nº. 3, pp. 761-770. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf)

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Educação terapêutica na diabetes mellitus*. Circular normativa. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2000. N.º 14/DGCG. . [Consult.Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013201.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2008, [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-e-Controlo-da-Diabetes.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS)- *Processo assistencial integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. Fevereiro 2017]. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:x1hOKlIOzUUJ:https://www.dgs>

[.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013-jpg.aspx+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pt](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013-jpg.aspx+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pt)

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS). *Cuidados de saúde a portadores de diabetes mellitus*. [Em linha]. Porto: ERS, 2011. [Consult. Fevereiro, 2017] Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/139/DM\\_Relatorio\\_Final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf)

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (FID)-*Atlas de la Diabetes de la FIB*. 7ª ed., 2015. ISBN: 2-930229-80-2.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (FID)- Educación para la diabetes. *Diabetes Voice*. Perspectivas Mundiales de la Diabetes. Novo nordisk, 2007, vol.52, pp. 1-65. ISSN: 1437-4064

LOPEZ ANTUÑANO, S. e LOPEZ ANTUÑANO, F. Diabetes Mellitus y lesiones del pie. [Em linha]. *Scielo. Salud Pública De México*. 1998, vol.40, n.º.3, pp. 281-292. [Consult. Março 2017]. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n3/Y0400310.pdf>

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P. e GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. . [Em linha]. *Texto Contexto Enfermagem*, 2008; vol. 17 n.º.4, pp.758-64. ISSN 1980-265X. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)

PARLAMENTO EUROPEIO (PE). Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na EU. *Jornal Oficial da União Europeia- RC\895664PT*. [Em linha]. [Consult. Dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017142.pdf>

ROMAN, R. e FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. [En linha]. *Cogitare Enfermagem Curitiba*, 1998, vol.3, n.º.2, pp. 109-112. [Consult. Janeiro 2017] <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/44358/26850>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. (SPD). *Diabetes: Factos e Números. O Ano de 2014. Relatoria Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. [En linha] Observatório da Diabetes, 2015. Lisboa. ISBN: 978-989-96663-2-0. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2014.aspx>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. (SPD). Diabetes: Factos e Números. O Ano de 2015. Relatoria Anual do Observatório Nacional da Diabetes. [Em linha] Observatório da Diabetes, 2016. Lisboa. ISBN: 978-989-96663-2-0. [Consult. Fevereiro 2017] Disponível em: <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>

SOUZA, A. et al. -Educação em saúde com grupos na comunidade: Uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. [En linha]. Revista Gaúcha Enfermagem, 2005, vol.26, nº2, pp. 147-153. ISSN 0102-6933. [Consult.Março 2017]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4547/2478>

SOUZA, M.T., SILVA, M.D. e CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. [En linha] *Einstein*, 2010, vol.8, nº.1, pp. 102-106. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em : [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)

TSCHIEDEL. B. Complicações crônicas do diabetes. Endocrinologia. [En linha]. *JBM*, 2014, vol. 102, nº.5, pp. 7-12. [Consult. Janeiro 2017]. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4502.pdf>



## **ANEXOS**



## **Anexo I- Questionário de avaliação do conhecimento**



Este questionário faz parte do Projeto “Cuidando de sua saúde”. Leia atentamente as seguintes frases e marque a resposta segundo considere “Verdadeira” ou “Falsa”, no caso de não saber a resposta, marque o “não sei”.

**1. A pessoa diabética tem açúcar a mais no sangue.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**2. O corpo da pessoa diabética produz sempre insulina a mais.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**3. A diabetes é favorecida por ter peso a mais.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**4. A diabetes é favorecida por ter familiares com diabetes.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**5. A diabetes é uma doença que se cura completamente, se o doente tomar a medicação prescrita pelo médico.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**6. A alimentação saudável não influencia na evolução da diabetes.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**7. Não é necessário que as pessoas diabéticas pratiquem, pelo menos 30 minutos de atividade física ao dia.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**8. Na diabetes é importante comer com regularidade vegetais e fruta.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**9. As pessoas diabéticas não têm necessidade de observar diariamente os seus pés.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**10. As pessoas diabéticas podem usar sapatos sem meias.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**11. As pessoas diabéticas nunca podem comer bolos ou alimentos doces.**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

**12. As pessoas diabéticas só devem comer três vezes por dia (Ao pequeno almoço, almoço e jantar).**

Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

Não sei\_\_\_\_\_

## **Anexo II-Cronograma das sessões**



<i>Sessão</i>	<i>Módulo</i>	<i>Formador</i>	<i>Descrição da atividade</i>	<i>Métodos/técnicas</i>	<i>Duração</i>	<i>Recursos</i>
1ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fisiopatologia da Diabetes e tratamento.</li> </ul>	Enfermeiro	<p>Apresentação do formador.</p> <p>Entrega questionários sobre conhecimentos gerais da diabetes tipos 2</p> <p>Fazer uma breve introdução ao programa de modo a que os objetivos e procedimentos se tornem mais claros para todos/as os/as participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O que é a diabetes.</li> <li>Tipos de diabetes.</li> <li>Gestão terapêutica.</li> <li>Importância da autovigilância da glicemia.</li> <li>Monitorização da Glicémia.</li> <li>Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.</li> </ul>	Exposição interativa	60 minutos	Computador

2ª Sessão	Alimentação saudável	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é alimentação saudável.</li> <li>• Roda dos alimentos.</li> <li>• Conduas de risco: Tabagismo. Álcool.</li> </ul>	Exposição interativa	60 minutos	Computador
3ª Sessão	Cuidados com os pés	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento com os pés.</li> <li>• Comportamentos com o calçado.</li> <li>• Autocuidado eficaz.</li> </ul>	Exposição interativa	60 minutos	Computador
4ª Sessão	Exercício físico	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A importância do exercício físico na saúde.</li> <li>• Vantagens da atividade física.</li> <li>• Estratégias para ser mais activo</li> <li>• Atividades de baixa intensidade que realizar diariamente.</li> </ul>	Exposição interativa	60 minutos	Computador
5ª Sessão	Gerir o regimen terapêutico	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão ao regime terapêutico.</li> <li>• Prevenção de complicações agudas.</li> </ul>	Exposição interativa	60 minutos	Computador

**Anexo II-Folheto sobre a prevenção da diabetes. “Ensinar a comer.  
Ensinar a crescer”**

