Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

CONHECER PARA PREVENIR

"AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE RISCO DE DIABETES TIPO 2 NA USF MC"

Maria Jorge Oliveira Brites

LISBOA

2012

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

CONHECER PARA PREVENIR

"AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE RISCO DE DIABETES TIPO 2 NA USF MC"

Maria Jorge Oliveira Brites

Relatório de estágio orientado por:

Prof. José Edmundo Sousa

2012

“…o essencial é invisível aos olhos…”

Antoine Exupéry “O principezinho”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que, de alguma forma ıncentivaram e permitiram a frequência neste curso de especialização e mestrado.
Dedico-o ao meu pai…….Onde quer que estejas o meu muito obrigado.
Às minhas filhas pelo tempo que não lhes dediquei e ao meu marido.
À minha mãe pelo apoio nos momentos mais difíceis;
Ao João e à Joana, o meu muito obrigado.
À São pela companhia e amizade.
Ao Professor José Edmundo Sousa, pela sua disponibilidade, ajuda e confiança.
À Enfermeira Maria dos Anjos, pela força, e ajuda constante ao longo do curso e do projeto.

Um muito obrigado!

RESUMO

A Diabetes Mellitus Tipo 2 é uma patologia com uma elevada incidência e representa cerca de 95% de todos os casos de Diabetes. Sendo uma doença de evolução lenta, permanece muitas vezes sem sintomas, nem diagnostico durante vários anos. Sabe-se hoje, que o risco de vir a desenvolver a Diabetes Mellitus Tipo 2 está associado à predisposição genética, aumentando com a obesidade e o sedentarismo.

Como metodologia de intervenção comunitária utilizamos o Planeamento em Saúde de acordo com Tavares, e Imperatori & Giraldes suportada pelo Modelo Teórico de Dorothea Orem.

O projeto de intervenção foi realizado no ACES A, na USF MC, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012. A técnica de amostragem foi por conveniência, dando origem a uma amostra constituída por 20 participantes, inscritos na USF MC, com idades compreendidas entre os 20 e 39 anos. O Objetivo Geral constituiu a "Avaliação do nível de risco total de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2".

As técnicas de recolha de dados foram numa fase inicial entrevistas exploratórias e a observação participante, posteriormente, aplicamos a Ficha de avaliação do nível de risco da DGS (2008). O tratamento de dados foi efetuado utilizando a tabela de *scores* definida na referida ficha. Recorremos à estatística frequencial para a caracterização quer sociodemográfica, quer em termos de comportamentos de saúde, foi ainda utlizada para a avaliação da caracterização da amostra, e avaliação da HbA1c conforme a norma da DGS (2011). As intervenções propostas e as atividades realizadas tiveram em conta a aquisição de competências relacionadas com o autocuidado na prevenção e promoção da Diabetes Mellitus Tipo 2.

Os resultados permitiram-nos afirmar que a intervenção nos fatores de risco têm um impacto positivo nas estratégias, visando a prevenção primária da Diabetes Mellitus Tipo 2. Foram identificadas três pessoas com valores de HbA1c ≥ a 6,5%. A realização do projeto de intervenção contribuiu para o reconhecimento da necessidade da contínua avaliação do nível de risco, extensível a toda a população de forma a permitir o exercício de competências especializadas em enfermagem comunitária, particularmente ao nível na prevenção primária.

Palavras-chave: Avaliação do nível de risco total, Enfermagem Saúde comunitária, Planeamento em Saúde, Diabetes *Mellitus* Tipo 2, Prevenção Primária.

ABSTRACT

Type 2 Diabetes is pathology with an high incidence, and represents about 95% of all cases of Diabetes. With a slow developing progress, often remais without symptoms or diagnosis for several years. It is now known that the risk of developing Type 2 Diabetes is associated with genetic predisposition, with increasing obesity and sedentary lifestyle.

As community intervention method, we used health planning method, according Tavares e Imperatori & Giraldes, supported by Dorothea Orem framework.

Project intervention was conducted in USF MC, from ACES A, since October 2011 to February 2012. Sample consisted in 20 people from 20 to 39 years, users of USF MC. Assessing level of total risk to development Type 2 Diabetes Mellitus was the objective.

In a inicial phase, data collections techniques were exploratory interviews and participant observation. Then was applied an evaluation form of the risk level of the DGS (2008). Data treatment was realized using scores from the table form. We used frequency statistical to characterize sample social-demographic profile and health behaviour .Was realized HbA1c evaluation, following DGS standards (2011). Proposed interventions and activities took into account acquisition of skills related to self – care in prevention and promotion of Type 2 Diabetes Mellitus.

Results allowed us to state that the intervention on risk factors has a positive impact on intervention strategies, aimed at primary prevention of Type 2 Diabetes Mellitus. We identified three people with HbA1c values ≥ to 6,5%. Project realization contributed to recognition of the need for continued assessment of the level of risk; extend to the entire population in order to allow the exercise of expertise in community nursing, particularly in terms of primary prevention.

Keywords: Assessing the level of total risk; Community Health Nursing; Health Planning; Diabetes Mellitus type 2; Primary Prevention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14

CAPITULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 16

1.1 - A Diabetes e seus critérios de diagnóstico 16

1.2 - Promoção da saúde 18

1.3 - DOROTHEA OREM “A Teoria do défice de autocuidado” 20

CAPITULO 2 - METODOLOGIA 22

2.1 – Diagnóstico de situação 24

2.2 - Local de Estágio, população-alvo e amostra 26

2.3 - Variáveis 30

2.4 - Apresentação e análise dos elementos amostrais 32

CAPITULO 3 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM 37

3.1 - Determinação de Prioridades 37

3.2 - Fixação de Objetivos 38

3.3 - Seleção de Estratégias 39

3.4 - Programas e Projetos 40

3.5 - Preparação da Execução 42

3.6 - Avaliação 44

CAPITULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS 48

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 51

ANEXOS 55

APÊNDICES 66

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Norma Nº 002/2011 de14 de Janeiro 2011,da DGS 56

Anexo II - Ficha de avaliação do nível de risco de desenvolvimento da Diabetes, DGS(2008) 62

Anexo III - Autorização do ACES 64

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Pedido de autorização de estágio ao ACES 67

Apêndice II - Consentimento Informado 69

Apêndice III - Plano de sessão para Profissionais 71

Apêndice IV - Questionário de avaliação da sessão para profissionais 73

Apêndice V - Plano de sessão de Educação (Modelo I e II) 75

Apêndice VI - Questionário de avaliação das sessões de Educação (Modelo I e II) 78

Apêndice VII - Panfleto fatores de risco 80

Apêndice VIII - Cronograma de projeto 82

Apêndice IX - Realização de Sessões Individuais 84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide etária, pessoas inscritas na USF 15
Gráfico 2 - Avaliação da 1ª e da 2ª HbA1c decorrentes 2 semanas 29
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo familiares com diabetes 32
Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a prática de atividade física 33
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo ingestão de vegetais e/ou fruta 33
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo presença de açúcar no sangue 34
Gráfico 7- Distribuição da amostra sobre toma de medicação para HTA 34
Gráfico 8 - Distribuição da amostra por frequência segundo o nível total de risco 35
Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo o grau de risco 36
Gráfico 10 - Cruzamento entre o nível de risco total e a presença de familiar com diabetes 36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da amostra pelo nível de risco 28
Quadro 2 - Variáveis dependentes e independentes 31
Quadro 3 - Plano de Intervenção Comunitária 43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão aplicados à população-alvo 27
Tabela 2 - Distribuição da população-alvo por classes etárias e nível de risco total 27
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a Idade 30
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o género e medida da cintura 35
Tabela 5 - Avaliação da percentagem das pessoas que participaram nas sessões 45
Tabel 6 - Avaliação da percentagem das pessoas que participaram na caminhada 45
Tabela 7- Avaliação da % de satisfação da amostra nas atividades desenvolvidas 46

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AC	Autocuidado
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APDP	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
DGS	Direção geral de saúde
DRS	Direção regional Saúde
HbA1c	Hemoglobina Glicosilada
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de massa corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
OND	Observatório Nacional de Diabetes
PNPCD	Plano Nacional Prevenção e Controlo da diabetes
PREVADIAB	Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal
PRPCDO	Programa Regional de prevenção e controlo da Diabetes e luta contra a Obesidade
USF	Unidade Saúde Funcional
RAA	Relatório Anual de Atividades
RAD	Relatório Anual da Diabetes
RND	Relatório Nacional Diabetes
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

INTRODUÇÃO

Integrado no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-nos proposto a elaboração do relatório de estágio segundo a temática que selecionámos para desenvolver no projeto de intervenção: "A avaliação dos fatores de risco da Diabetes Tipo 2, nas pessoas dos 20 aos 39 anos, inscritos na USF MC", (Anexo II).

A Diabetes *Mellitus* é uma doença metabólica e crónica que afeta aproximadamente 991 mil indivíduos em Portugal. Devido à sua morbilidade elevada, implica um grande investimento em cuidados de saúde e mudanças profundas nos estilos de vida. Sendo a sua evolução lenta, permanece muitas vezes sem sintomas e sem diagnóstico durante longo tempo. Constituindo um dos problemas de saúde pública de incidência crescente, pode considerar-se que constitui também uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total ou parcial no século XXI, (DRS, 2009-2012). Através do Despacho n.º 850/2006, de 16 de Agosto, foi criado o **Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta Contra a Obesidade**, devido à associação destas patologias e de forma a rentabilizar os recursos humanos. Sendo os comportamentos adotados pelos indivíduos e pela população em geral, influenciados pelos fatores económicos, sociais, demográficos e culturais, cada pessoa deverá acreditar que é capaz de lidar com a situação e de adotar comportamentos adequados, de forma a acreditar que a doença representa uma ameaça suficientemente forte para exigir a sua atenção e consequente mudança de comportamentos.

A área problemática de interesse que propomos desenvolver relaciona-se com a avaliação dos fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2, nas pessoas dos 20 aos 39 anos, inscritos na USF MC.

A nossa escolha deve-se ao facto de que o número de Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 encontra-se em crescimento em todo mundo, representando uma ameaça de relevo à saúde humana e atingindo idades cada vez mais jovens, devendo-se assim delinear estratégias de prevenção. De acordo com a Direção Regional Saúde, através do PNPCD (2008, p.6), (…) tais estratégias assentam na prevenção primária da Diabetes, através da redução dos fatores de risco (…). Segundo os números da "Internacional Diabetes Federation", citado no estudo PREVADIAB (2009, p.9) existirão em 2010 cerca 284 milhões de pessoas com diabetes prevendo-se, que em 2030 sejam cerca de 438

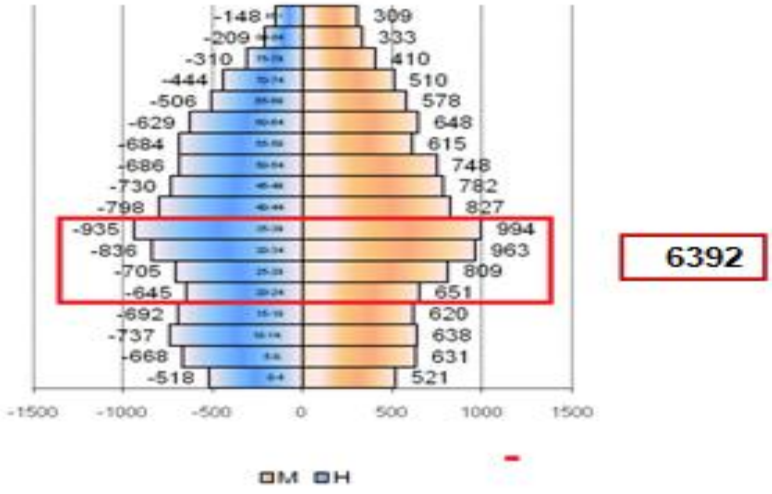
milhões, o que representará um aumento de cerca de 54%. O mesmo estudo (2009, p.21) revela-nos “que cerca de 53,4% dos indivíduos do grupo etário dos 20 aos 39 anos são portadores de diabetes não diagnosticada”.

A USF MC, também tem vindo a aumentar o seu número de diagnósticos de Diabetes Tipo 2, em 2009 existiam 1321 e em 2010 eram 1437 pessoas, das 22563 pessoas inscritas (Gráfico 1). É devido a esta realidade que devemos capacitar-nos para atuar na prevenção primária, de forma a diminuir o crescimento da Diabetes.

Com a intencionalidade de desenvolver competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, e tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde, contribuímos para a Prevenção da Diabetes Mellitus Tipo 2, através de um projeto de intervenção, que visa a avaliação do nível de risco apresentado por pessoas dos 20 aos 39 anos, inscritos na USF MC, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, através de um maior investimento na prevenção primária, ao nível da promoção da saúde.

O presente relatório encontra-se estruturado em capítulos, englobando o Enquadramento Teórico, a metodologia adotada, os Diagnósticos de Enfermagem, e as Considerações Finais. Em anexo, encontramos vários documentos que, eventualmente, poderão ser úteis para uma melhor compreensão do projeto de intervenção efetuado.

Gráfico 1 - Pirâmide etária, pessoas inscritas na USF, entre os 20 e 39 anos



Fonte: Relatório de atividades USF Monte Caparica, 2010

CAPITULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo do enquadramento teórico será fundamentada a problemática através, quer da revisão da literatura, quer da clarificação de conceitos necessários que conduzam à compreensão do tema, bem como das várias perspetivas encontradas nos autores.

1.1 - A Diabetes e seus critérios de diagnóstico

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta com a idade, uniformemente em ambos os sexos. A Diabetes é caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, devendo-se em alguns casos à insuficiente produção, noutros à insuficiente ação da insulina, e frequentemente, à combinação destes dois fatores. As pessoas com Diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações. É possível reduzir os seus danos através de um controlo rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, da dislipidémia, entre outros, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (sistema nefrológico, cardíaco, oftalmológico, etc.). De acordo com o RAD (2010, p.3), a Diabetes Tipo 2, é a (…) forma mais frequente de diabetes, resultando da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinorresistência (…). Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de diabetes e, muitas vezes, associada a obesidade, principalmente abdominal, à hipertensão arterial e à dislipidemia", podendo por si só causar resistência à insulina e provocar níveis elevados de glicose no sangue. Os genes predisponentes ainda não foram identificados, no entanto, considera-se que a hereditariedade tem um forte componente para o seu aparecimento. Os critérios de diagnóstico, de acordo com a circular normativa nº 2/2011 de 14/01/2011, da DGS[1] (Anexo I), são encontrados nos parâmetros de valores analíticos de plasma venoso na população em geral, e são:

1. Glicemia em jejum ≥ 126mg/dl (ou ≥7.0mmol/l);

2. Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥200mg/dl (ou ≥ 11.1mmmol/l);

3. Glicemia ≥200mg/l (ou ≥ 11,1mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose;

4. Hemoglobina glicosilada (HbA1c) ≥ 6.5%.

[1] Circular normativa 002/2011, de 14/01/2011

Segundo a DGS (2008, p.7), a Diabetes *Mellitus* apresenta nas várias regiões do mundo uma variação quanto à sua incidência e prevalência, denotando-se um crescimento progressivo em todo o mundo. Na Europa, a prevalência de Diabetes deverá aumentar 20% até 2030 e mais de 94% no Médio Oriente e Norte de África. A Índia é hoje a região do mundo com mais pessoas com diabetes, cerca de 50,7 milhões, seguida pela China com 43,1 milhões.

O primeiro estudo Observacional realizado em Portugal Continental e Regiões Autónomas, PREVADIAB (2009, p.10), revelou um grande número de pessoas não diagnosticadas, elevando a taxa de prevalência para 11,7% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos de idade, em que 45% estão entre os 20 e os 59 anos. O estudo permitiu saber que cerca de 400 000 cidadãos ignoram a sua situação e que 23,25% dos portugueses sem diabetes têm "Pré-Diabetes", ou seja, cerca 2 700 000 da população portuguesa tem Diabetes ou "Pré-Diabetes".

O estudo concluiu que "cerca de 34,9% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos (2 687 698 de portugueses) tem Diabetes ou "Pré-Diabetes". Os Açores têm os valores regionais mais altos do País, com 14,3% de prevalência".

Em Portugal, segundo o RND (2011) a prevalência da diabetes em 2010 era de 12,4%, em idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde aproximadamente a um total de 991 000 indivíduos.

Considerando-se que a Diabetes possa ser uma doença assintomática, surgindo relacionada a várias complicações, é de extrema importância o conhecimento dos fatores de risco que lhes estão associados. Para Last (1988, p.174), fator de risco (…) é qualquer aspeto do comportamento individual ou do "estilo de vida", de uma exposição ambiental ou de uma característica herdada, (…).

Segundo, PNPCD da DGS (2008, p.6), (…) atendendo à necessidade de inverter a tendência de crescimento da diabetes e das suas complicações em Portugal e à necessidade de aumentar os ganhos em saúde entretanto obtidos, foram revistas as estratégias nacionais (…) que assentam na Prevenção Primária da Diabetes, através da redução dos fatores de risco conhecidos, incidindo sobretudo nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença (…).

De acordo com Dohrenwend (1998), vulnerabilidade é o produto da relação que se estabelece entre as forças e fraquezas da predisposição individual e os acontecimentos da vida. Na perspetiva de Last (1988, p.174), o risco (…) é a probabilidade da ocorrência

de um acontecimento, (…) por exemplo da doença (…) no decurso de um dado período de tempo, ou idade (…). Para Stanhope (2010, p.608), risco é (…) um fator que predispõe ou que aumenta a probabilidade de doença (…). No PNPCD (2008, p.9), considera-se risco acrescido de desenvolver diabetes, as pessoas que apresentam as seguintes características:

> (…)
> 1 - Excesso de peso (IMC≥25);
> 2 - Obesidade (IMC≥30);
> 3 - Obesidade central ou visceral (H≥ 94cm e M≥ 80 cm);
> 4 - Idade (≥ 45 anos se Europeus e ≥ 35 anos se de outra origem/ região do Mundo);
> 5 - Vida sedentária;
> 6 - História familiar (em 1º grau);
> 7 - Diabetes gestacional;
> 8 - História de doença cardiovascular prévia / Hipertensão;
> 9 - Dislipidemia;
> 10 - Anomalia da glicemia em jejum;
> 11 - Tolerância diminuída à glicose.
> (…)

A Diabetes Tipo 2 encontra-se frequentemente associada ao fator de risco Obesidade, que só por si causa resistência à insulina e provoca níveis elevados de glicose no sangue, no entanto, são também de considerar os fatores genéticos e ambientais, que apesar de um maior empenho no diagnóstico precoce continua a aumentar a sua incidência (DGS, 2008).

1.2 - Promoção da saúde

O conceito de promoção da saúde foi adotado por todos os países desenvolvidos, tendo como princípios inerentes, na atualidade, os que resultam da adoção da Carta de Ottawa de 17-21 de Novembro de 1986. Desde a sua publicação, a promoção da saúde é reconhecida como condição essencial para a saúde dos povos, constituindo um direito humano fundamental para o seu desenvolvimento.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986, p. 1):

> (…) A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (…)

A promoção da saúde envolve a população como um todo, no contexto da sua vida diária. Visa promover o autocuidado dos indivíduos, de forma a assumirem o controlo e a responsabilidade pela sua saúde, enquanto componente importante da vida quotidiana, devendo ser vista como uma ação espontânea de estilos de vida saudáveis. Segundo Noack (1987), citado por (Frasquilho & Maria, 1998) estilos de vida saudáveis são um conjunto de vários comportamentos de saúde dos indivíduos que estão na raiz dos problemas de saúde mais prevalentes (nutrição, exercício físico, entre outros). De acordo com Ferreira (1989, p.18) o estilo de vida traduz-se pelo (…) modo de vida, comportamento das pessoas, famílias ou grupos sociais nas suas atuações correntes favoráveis ou desfavoráveis à saúde (…). Nutbeam (1998), considera os comportamentos de saúde como qualquer atividade desenvolvida pelo indivíduo, com o objetivo de promover, proteger ou manter a saúde, independentemente se esse comportamento se traduz eficiente para atingir um fim. De acordo com as estatísticas de saúde existe evidência nas causas de morte e morbilidade relacionadas com os estilos de vida das sociedades. Atendendo à evolução paradigmática no domínio da saúde, assiste-se à passagem da procura de causas orgânicas das patologias, para identificação das causas no meio ambiente numa visão multifatorial.

A OMS (1985, p.65) na meta n.º 13 refere que:

> (…) Até 1990, as políticas nacionais de todos os Estados Membros deveriam ser tais que os mecanismos legislativos, administrativos e económicos assegurassem um largo apoio intersectorial e recursos suficientes para a promoção de estilos de vida saudáveis e que, a todos os níveis, existisse uma participação eficaz do público na elaboração das políticas do sector (…).

No que diz respeito aos estilos de vida saudáveis, na meta n.º 16, OMS (1985, p.75) refere que:

> (…) Até 1995 todos os Estados Membros deveriam ter realizado progressos importantes no aspecto dos comportamentos favoráveis à saúde tais como: alimentação equilibrada, abstenção de fumar e atividade física suficiente (…).

A alimentação exerce uma enorme influência na saúde e bem-estar, sendo um indicador a ter em conta na promoção da saúde, se adequado às necessidades da pessoa: pelo contrário, quando não é, favorece grandemente a ocorrência de doenças e problemas de saúde. No que concerne à atividade física, esta é consensualmente definida como todo e qualquer movimento corporal produzido pela contração músculo-esquelética resultando num gasto energético. Já o conceito de exercício físico definido por Caspersen e col,

(1985), é mais especificamente, uma atividade repetida e estruturada que visa a obtenção dum objetivo concreto tendo em vista a manutenção ou melhoria da aptidão física. Deve exercer-se de uma forma regular e adequada, isto porque a atividade física na maioria dos indivíduos, é reduzida, sendo de grande importância a promoção de iniciativas para a prática de atividades físicas, tornando-as mais acessíveis a todos os grupos sociais e etários, por exemplo andar a pé todos os dias é uma das formas de praticar exercício.

1.3 - DOROTHEA OREM "A Teoria do défice de autocuidado"

Ao longo dos anos, têm sido criadas diversas filosofias, teorias e modelos que visam a melhoria da manutenção das ações de enfermagem. Uma das teorias desenvolvidas foi a do Défice de autocuidado por Dorothea Elizabeth Orem.

Orem (1991) desenvolveu uma teoria baseada nas necessidades de cuidados de enfermagem para pessoas com défice de autocuidado, definindo autocuidado como sendo o cuidado que (…) as pessoas necessitam diariamente para manter o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (…).

De acordo com a pesquisa efetuada, resolvemos desenvolver o projeto de intervenção, aplicando o processo de enfermagem baseado na teoria do défice de autocuidado, do modelo de Orem. O défice no autocuidado surge quando as necessidades terapêuticas do mesmo não são satisfeitas pela pessoa, sendo necessária a intervenção da enfermagem, de forma a capacitar os utentes, levando ao aumento da gestão do autocuidado por estes. No que concerne à avaliação das necessidades de autocuidado consideramos bastante pertinente esta etapa, e consequentemente, a intervenção dos enfermeiros na promoção da saúde; fundamentando desta forma o projeto de intervenção no sistema apoio-educativo. O sistema de apoio-educação é um dos métodos de ajuda utilizados quando a pessoa necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensino.

Segundo Orem (1991) o Processo de Enfermagem inicia-se com o reconhecimento da pessoa ao assumir as necessidades afetadas não conseguindo prestar um cuidado contínuo de forma a colmatar as mesmas, necessitando de ajuda para exercer e desenvolver o autocuidado, de forma a controlar os fatores internos ou ambientais que levam à prevenção da patologia, à promoção e ao bem-estar. Refere ainda que os enfermeiros durante a sua prática conhecem os fatores humanos e ambientais que condicionam as necessidades de autocuidado das pessoas (Orem, 1991).

O autocuidado exige ações direcionadas para o desenvolvimento do mesmo, necessárias para a regulação dos aspetos do funcionamento e desenvolvimento humano, continuamente ou em circunstâncias específicas, é um fator a ser controlado ou gerido, para assegurar a manutenção do funcionamento humano, no limite das normas compatíveis com a vida e o bem-estar pessoal. Tendo como objetivo da ação, atingir os resultados pretendidos ou desejados. Orem (1991), através dos "Métodos de Ajuda" organiza as intervenções de Enfermagem que tendem a superar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas. Enumerando assim, cinco métodos que permitem ajudar o outro:

(…)
1. Executar ou agir, substituindo a pessoa naquilo que não é capaz;
2. Orientar e encaminhar;
3. Dar apoio físico e psicológico;
4. Promover um ambiente que favoreça o desenvolvimento da pessoa;
5. Ensinar.

(…)

O sistema de apoio-educação, é utilizado em situações em que a pessoa está apta a desenvolver ou pode e deve aprender a desenvolver as medidas necessárias para o autocuidado terapêutico, mas não o consegue fazer sem assistência.

As técnicas de ajuda adequadas envolvem o apoio, orientação, ensino e promoção de um ambiente de desenvolvimento favorável. As necessidades de ajuda da pessoa relacionam-se com a tomada de decisão, controlo do comportamento e aquisição de conhecimentos e competências.

CAPITULO 2 – METODOLOGIA

A metodologia de intervenção comunitária que iremos utilizar será baseada no Planeamento em Saúde suportada pela conceptualidade do Modelo Teórico de Orem, de modo a permitir a predeterminação de um conjunto de ações destinadas a chegar a um resultado desejado, incluindo a decisão acerca do que fazer, quando e como fazê-lo (Imperatori&Giraldes,1993).

Segundo Vilelas (2009), a metodologia de investigação refere-se às fases e procedimentos que se devem seguir num determinado estudo, de modo a considerar modelos concretos de trabalho, dando relevância ao conjunto de operações e recomendações que se pretendem transmitir. Este capítulo apresenta a descrição de cada etapa, relativamente ao decorrer do desenvolvimento do projeto de intervenção, iniciando-se com a justificação e pertinência do estudo, chegando ao diagnóstico da situação, determinando-se as prioridades, seguindo-se a fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação das atividades-programação e finalizando com uma avaliação.

O Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária deverá conhecer os indicadores de saúde, e através da sua interpretação, encontrar problemas de saúde em determinada comunidade e/ou grupo, elaborar estratégias e programas para minimizar os mesmos. A **justificação e pertinência** desta intervenção são suportadas na realização do Projeto de Intervenção, de forma a elucidar a problemática: avaliação do nível de risco de desenvolvimento da Diabetes Tipo 2, conduzindo à melhoria e à qualidade de saúde do grupo de pessoas inscritos na USF. No Relatório Anual da Diabetes (2011), verifica-se um crescimento do número de novos casos de Diabetes diagnosticados anualmente em Portugal desde 2000. Só em 2010 foram detetados 623 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes, o que demonstra a necessidade de se atuar a nível da prevenção primária. De acordo com a DRS (2009-2012), através do **Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta Contra a Obesidade** deve ser implementado em conjunto com outros programas, nomeadamente, o Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares, Programa Nacional de Combate à Obesidade, entre outros, tendo como finalidade a prevenção da obesidade em todos os grupos etários da população.

Combatendo a obesidade, previne-se outras doenças, nomeadamente a Diabetes Mellitus Tipo 2 e consequentemente, identificando fatores de risco ajuda-nos ao desenvolvimento de intervenções mais eficazes. De forma a identificar as necessidades afetadas ou suscetíveis de serem afetadas, compete-nos planear e executar ações e intervenções de enfermagem que respondam aos problemas identificados, com vista à recuperação da independência da pessoa, mobilizando as potencialidades e/ou os apoios mais adequados perante a atual intervenção a realizar. Sendo os comportamentos adotados pelos indivíduos e pela população, em geral, influenciados pelos fatores económicos, sociais e culturais, cada pessoa deverá acreditar que é capaz de lidar com a situação e de adotar comportamentos adequados, de forma a acreditar que a doença representa uma ameaça suficientemente forte para exigir a sua atenção e mudança de comportamento. O acentuado aumento da prevalência de comportamentos de risco, é um dos fatores que contribui para o aumento contínuo da incidência e prevalência da doença cronica. No âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde, o ACES A, privilegia estratégias que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados, tais como: a prevenção, e a promoção da saúde, vigilância epidemiológica das doenças e fatores de risco; intervenção na redução dos riscos identificados; intervenção na comunidade, nomeadamente no reforço de aquisição de comportamentos saudáveis e na redução de comportamentos de risco para a saúde. Assim, no âmbito do programa de Vigilância e Controle da Diabetes, pode verificar-se no Plano de Ação 2011 e Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde 2011 elementos referentes á evolução 2010-2011. O número de utentes inscritos com diabetes em 2010 foi de 6021 que corresponde a uma percentagem de 3,80% do total de utentes inscritos (158641) e em 2011 foi de 7485 (-4,79%) do total de inscritos (156363). Em 2010 foram identificados 4319 diabéticos com compromisso de vigilância e em 2011 (5565), o que demonstra a existência de estratégias de melhoria dos cuidados nesta área. Foram efetuadas em 2010, 2712 consultas de enfermagem à Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2, tendo em 2011 aumentado para 3302.

A USF MC tem como prioridades de intervenção a deteção precoce, a correta orientação terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a prossecução dos objetivos de controlo ao longo dos anos (Protocolo para Identificação de pessoas com fatores de risco de Diabetes e de Vigilância da Diabetes), apoio no desenvolvimento de competências de autocontrolo das doenças crónicas por parte dos doentes e seus cuidadores (familiares ou

outros), promoção, aconselhamento e educação para aquisição de comportamentos saudáveis, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis. No contexto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, a USF MC contratualiza com o ACES objetivos a avaliar através de indicadores, baseando-se nas necessidades de saúde da população-alvo da respetiva USF. Definindo-se o indicador referente à percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem da USF MC em 2011, como o número de utentes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, cujo número correspondia a 1048 utentes, dos quais 994 utentes (94,85%), frequentou a consulta de enfermagem à Pessoa com Diabetes MellitusTipo 2.

2.1 – Diagnóstico de situação

Tendo em conta a área problemática de interesse que pretendemos desenvolver, Imperatori & Giraldes (1993, p.13-14), referem:

> (…) que o diagnóstico é o ponto de partida para conseguirmos atingir as nossas actividades, constituído a primeira etapa do Planeamento em saúde, sendo a partir da definição do diagnóstico possível começar a nossa intervenção (…).

O Planeamento em Saúde torna-se uma ferramenta fundamental na conceção e na intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária, na medida em que permite a racionalização eficiente das suas intervenções, da gestão dos cuidados, do incremento da prática de investigação, da tomada de decisão e operacionalização de práticas formativas em parceria e/ou dinamização. Tendo como contexto de cuidados e âmbito de intervenção a Comunidade, nesta área, mobiliza os conhecimentos essenciais e fulcrais do planeamento, irá ser capaz de desenvolver competências e estratégias de intervenção de forma a permitir mudanças de atitudes e comportamentos face à sua saúde, ao processo inerente de educação para a saúde e consciencialização da manutenção da vida e da saúde como dois bens essenciais ao indivíduo, família e comunidade ao longo do ciclo vital.

As principais fases do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.15) são: o diagnóstico da situação; a definição de prioridades; a seleção de estratégias; a elaboração de programas e projetos; a preparação da execução e avaliação. Estas

fases estão sempre presentes em qualquer planeamento de intervenção de acordo com o âmbito, os objetivos e metas a atingir na sua intervenção.

Orem (1991), refere-nos que deverá existir reconhecimento das necessidades dos seres humanos, tendo em conta o facto de a pessoa não conseguir o seu autocuidado, devido à sua situação de doença, ao não conseguir gerir os fatores internos ou ambientais que levam à prevenção da doença, e à promoção da saúde.

O diagnóstico da situação deverá ser claro e objetivo, com vista à adequada elaboração das etapas do planeamento em saúde e após o levantamento das necessidades e problemas reais da população em estudo.

De forma a contextualizar as necessidades e problemas reais da população em estudo, descreveu-se o percurso realizado, com referência às questões éticas, seguindo-se uma breve caracterização do local de estágio, definindo-se a população-alvo, amostra, instrumentos de recolha de dados a utilizar, tratamento de dados e resultados, chegando aos diagnósticos de enfermagem.

De acordo com os **princípios ético-deontológicos** do processo de investigação, foi solicitada autorização ao Diretor Executivo do ACES de A, através de requerimento próprio para a aplicação do Instrumento de Colheita de Dados (Apêndice I), tendo o mesmo sido aprovado pelo coordenador da USF e pelo Diretor Executivo do ACES, (Anexo III).

Devem-se considerar confidenciais na sua totalidade, as informações acerca do indivíduo. Deve-se partilhar informação pertinente só com aqueles que estão implicados, usando como critérios orientadores o bem-estar, segurança física, emocional e social do sujeito e da família, devendo-se manter o anonimato do indivíduo sempre que o seu caso for usado em situações de investigação (Wood & Haber, 1999). Antes de dar início à colheita de dados, foi solicitado a todos os participantes a sua declaração verbal de consentimento, após o qual foi explicado à pessoa o objetivo do projeto; quem o iria desenvolver e em que contexto se iria desenrolar. De forma a garantir a confidencialidade dos dados procedeu-se à identificação das pessoas através de codificação numérica, as fichas não continham identificação pelo nome, mas sim por um número; em que apenas a investigadora teve conhecimento dessa correlação, (Apêndice II).

2.2- Local de Estágio, população-alvo e amostra

No que concerne ao conhecimento das necessidades de saúde da população, efetuamos uma **caracterização do local de estágio**, de modo a compreender o meio em que o grupo está inserido.

O concelho de A, um dos nove concelhos da Península de Setúbal abrange a população residente estimada de 165.991 pessoas (INE, 2009) distribuído por onze freguesias. Área territorial de 70,1Km². Densidade populacional de 2.364,5 habitantes por Km². Inserindo-se territorialmente nas dinâmicas de crescimento urbano da principal região urbana do país, estando historicamente associado ao processo de desenvolvimento da Metrópole de Lisboa. As características naturais do Concelho com localização junto a zona costeira provocam um acréscimo populacional aos residentes habituais, com as características próprias das populações flutuantes, principalmente por motivo de férias, nos meses de Verão (Plano de atividades 2011-ACES A). O projeto será implementado na USF MC, às pessoas inscritos na idade definida, sendo esta responsável pela prestação de cuidados de saúde a pessoas residentes e a trabalhadores na área de influência da USF MC. A área de abrangência da USF MC inclui dezasseis localidades. Tendo como objetivo avaliar o nível de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2, às pessoas dos 20 aos 39 anos, de modo a intervir na prevenção primária.

O foco de intervenção deste projeto teve como população-alvo, as pessoas inscritas na USF MC.

No que concerne à **população-alvo,** Fortin (1999, p.202) define-a como sendo (…) constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para as quais o investigador deseja fazer generalizações (…).

Tendo sido aplicada a ficha de risco à população no período de 04 de Outubro a 28 Outubro de 2011, e tendo como ponto de partida os critérios de inclusão e exclusão pré definidos, na tabela 1, (N=207), chegamos aos seguintes resultados: o género feminino apresenta 160 participantes e o género masculino 47; a média de idades é de 30,39 anos; sendo que a idade máxima é 39 anos e a idade mínima 21 anos; o desvio padrão é de 5,86; verificamos que 66% do género feminino apresentam um IMC entre 25-30, o que corresponde a excesso de peso; na medida da cintura 36%, apresentam obesidade visceral e foi identificada obesidade visceral em 32% no género masculino. O estudo

PREVADIAB (2009) estabelece uma relação entre o aumento do perímetro abdominal e a insulinorresistência. Constatamos que 47,3% não pratica atividade física. Na regularidade de ingestão de vegetais e/ou fruta 36,2% referem “que só às vezes o faz”. Na população-alvo 5,8% referiram que tomam ou já tomaram medicação para a HTA, e 7,7% já revelou episódios de hiperglicemia. Quanto a existência de familiares com Diabetes, 28% da população-alvo referem familiares de 1º grau com a doença

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão aplicados à população-alvo

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Ter entre 20 e 39 anos	Diagnóstico da Diabetes Tipo 2
Estar Inscrito na USF MC	Gravidez
Responder livremente à Ficha de Risco	HbA1c ≥ 6,5%.*

* DGS Circular normativa nº2de 14/01/2011;critério substituído por HbA1c ≥ 6,1%. Após avaliação dos elementos amostrais.

Das 207 pessoas que apresentaram os critérios para participação no projeto, 113 apresentava baixo risco, 68 pessoas sensivelmente elevado, 18 risco moderado e 8 risco alto de vir a desenvolver diabetes tipo 2, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da população- alvo por classes etárias e nível de risco total

Idade	Nível de Risco Total				Total
	<7	07-11	12-14	15-20	
[20-23[	23	2	3	1	29
[23-26[	16	7	2	0	25
[26-29[	13	7	4	0	24
[29-32[	15	7	2	1	25
[32-35[	19	17	3	1	40
[35-38[	18	18	2	3	41
[38-41[	8	10	2	2	23
Total	113	68	18	8	207

Segundo Polit e Hungler (1995, p.148):

> (…) a Amostragem intencional ou por selecção racional origina-se a partir da crença de que os conhecimentos de um pesquisador sobre a população e seus elementos podem ser utilizados para seleccionar os casos que serão incluídos na amostra (…).

Da **amostra**, fizeram parte as pessoas que cumpriam os critérios de inclusão/exclusão de forma a conseguirmos uma amostra por conveniência, num período de tempo. Após avaliação da população-alvo e devido à delimitação temporal de aplicação do projeto, optou-se por incluir na amostra as pessoas que apresentam risco alto e risco moderado de virem a desenvolver Diabetes Mellitus Tipo 2.

A amostra foi constituída pelos participantes que no período de 04 de Outubro a 28 Outubro de 2011, cumprissem os critérios de **inclusão e exclusão.**

Os que apresentaram a pontuação total de (12-14), risco moderado ou risco alto (15-20) foram encaminhados para efetuar avaliação da HbA1c, sendo repetida a avaliação de HbA1c duas semanas após (norma da DGS nº2/2011), para que fossem cumpridos os critérios de exclusão. De ressalvar que todos os participantes da amostra aceitaram participar no projeto voluntariamente.

Quadro 1 - Distribuição da amostra pelo nível de risco

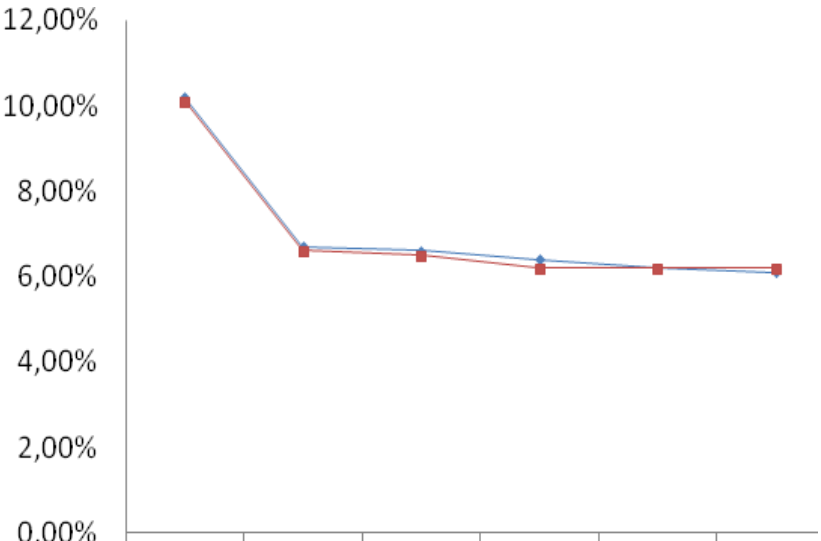
Nível Risco	Fi
12-14 (risco moderado)	18
15-20 (risco alto)	8
Total	26

Das vinte seis pessoas que no início, aparentemente, reuniam condições para constituir a amostra, dezoito apresentavam risco moderado e oito risco alto. Quando submetidas à aplicação da norma n.º 02/ 2011, de 14 de Janeiro de 2011 da DGS, constatamos que seis não correspondiam aos nossos critérios de inclusão, o que passaremos a descrever.

Do total da amostra seis apresentam valor de HbA1c ≥ 6,1%, (dos quais três pessoas não diagnosticadas, apresentando valores ≥ 6,5% e três com valor entre 6,1% e 6,5%), Neste

momento o investigador decidiu substituir o critério de exclusão (HbA1c ≥6,5%), reduzindo a percentagem para HbA1c≥6,1%, proporcionando o seguimento precoce destas três pessoas na consulta de Enfermagem de Diabetes. Este método permitiu-nos detetar três pessoas que apresentavam HbA1c ≥ 6,5%, ou seja, não tinham sido diagnosticadas como diabéticas.

Gráfico 2 - Avaliação da 1ª e da 2ª HbA1c decorrentes 2 semanas



	1	2	3	4	5	6
1ª Avaliação HbA1c	10,20%	6,70%	6,60%	6,40%	6,20%	6,10%
2ª Avaliação HbA1c	10,10%	6,60%	6,50%	6,20%	6,20%	6,20%

No gráfico 2 observa-se que as seis pessoas que repetiram a HbA1c, (passadas 2 semanas) confirma que o valor não sofreu alterações significativas nos resultados.

Estas seis pessoas foram encaminhadas para a consulta de diabetes, segundo os critérios de exclusão, ficando a **amostra** efetiva com vinte pessoas (**N=20**).

A maior percentagem da amostra, cerca de 75%, o que corresponde a quinze pessoas são do género feminino, e 25% pertencem ao género masculino, como se verifica no gráfico 2.

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a Idade

	MF	F	M
Media	30,85	29,80	33,00
Mediana	31,50	28,00	33,00
Desvio padrão	5,60	5,98	4,00
Mínimo	22	22	29
Máximo	39	39	39

Relativamente à média de idades, esta é, de 30,85, sendo o desvio padrão de 5,6, apresentando como idade mínima 22 e máxima 39. Comparando a média de idades relativamente ao género, verifica-se que esta é superior no género masculino, em que a idade mínima é de 29 e a máxima de 39 anos. Sendo o desvio padrão menor no género masculino (4,00), (Tabela 3).

2.3 – Variáveis

Na metodologia de investigação de um projeto, a seleção das variáveis dependentes e independentes é essencial na caracterização das pessoas. Segundo Polit e Hungler (1995, p.25), uma variável (…) é algo que varia (…). É toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente (…). Também Marconi e Lakatos (1990, p.27) referem que as variáveis (…) devem ser definidas com clareza e objetividade e de forma operacional (…).

Uma variável dependente, segundo Polit e Hungler (1995, p.26), (…) é o efeito presumível (…) e a variável independente (…) é o que se supõe ser a causa (…). A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado e que é devido à presença da variável independente (…), (…) a variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente, (…), Fortin, (1999, p.37).

As variáveis definidas no projeto de intervenção resultaram da aplicação da ficha de avaliação de risco de Diabetes Mellitus Tipo 2, adequando as escalas de avaliação às respetivas variáveis, (Quadro 2).

Como **variáveis dependentes e independentes** do estudo delineamos:

Quadro 2 – Distribuição das variáveis dependentes e independentes

Dependentes	Independentes*
Necessidades de autocuidado São variáveis qualitativas avaliadas numa escala nominal	Come com regularidade vegetais e/ou fruta Pratica Atividade física Alguma vez teve açúcar no sangue
Nível de Risco Total É uma variável qualitativa ordinal por análise de scores	IMC Familiares com Diabetes Medicação HTA Medida Cintura

* Todas as variáveis independentes são qualitativas medidas numa escala nominal

Utilizamos como estratégia a técnica de formação de pares, de modo a promover o trabalho em parceria para garantir uma maior eficiência nas intervenções, através da dinamização do projeto e apresentação da ficha de avaliação de risco da DGS (2008) e a norma da DGS (2011), à maioria da equipa profissional. O material de apoio a utilizar no preenchimento da ficha, pertence à USF; estando todos os gabinetes equipados, com material igual a todos os profissionais, de modo a que a avaliação dos parâmetros apresentados no preenchimento fossem efetuados com os mesmos critérios (Apêndice III).

Segundo Polit e Hungler (1995, p.165), (…) sem métodos de alta qualidade para a colheita de dados, a precisão e a força das conclusões da pesquisa são facilmente desafiadas (…), assim, é imprescindível que o investigador escolha o método mais adequado tendo em conta os objetivos do seu estudo.

Com base na fundamentação teórica, nos objetivos estabelecidos e na pesquisa bibliográfica foi escolhida e utilizada a ficha de avaliação de risco, cuja recomendação é

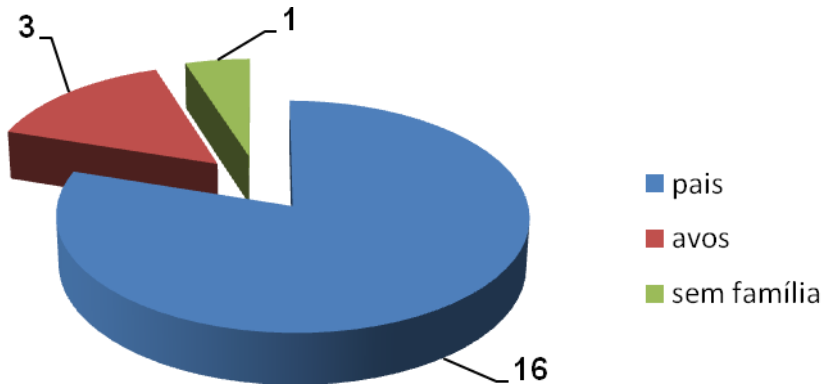
efetuada pelo PNPCD, onde é avaliado o nível de risco de vir a desenvolver Diabetes Tipo 2, num espaço temporal de 10 anos, (Anexo I).

As pessoas que fizeram parte da amostra foram informadas do conteúdo da ficha, durante e/ou após consulta de enfermagem e médica. Todas as fichas foram preenchidas pelo profissional de saúde; foi avaliado o peso e a altura para cálculo do IMC; no caso de apresentarem os critérios de inclusão pré-definidos para os valores de HbA1c, procedia-se à respetiva avaliação, consoante o valor apresentado, repetiriam a análise, conforme descrito na norma nº 02/2011 da DGS. Relativamente à primeira parte da caracterização da amostra o tratamento dos dados foi realizado com o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences,* versão 18. Na avaliação das sessões de educação foi utilizado um instrumento de colheita de dados, através de uma escala tipo de Likert, com a finalidade a avaliar o grau de satisfação perante a mesma (Apêndice III e IV), e na determinação do número de classes etárias, foi utilizado a fórmula de *Sturges.*

2.4 - Apresentação e análise dos elementos amostrais

Verificamos que a amostra é constituída por quinze participantes do género feminino e cinco do género masculino.

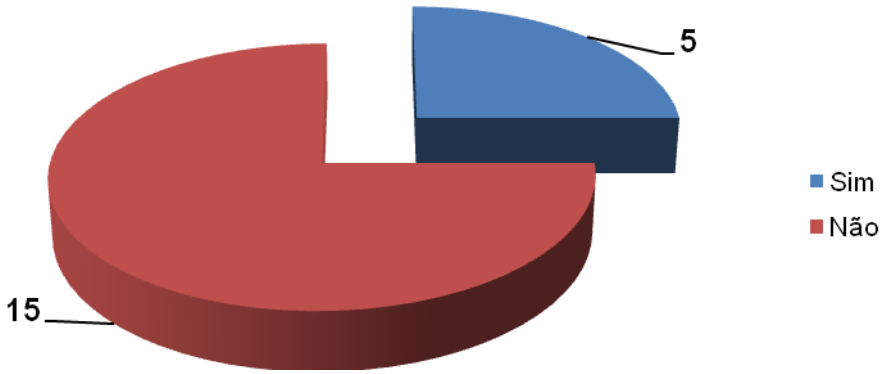
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo familiares com diabetes



Ao analisarmos os dados verificamos que cerca de dezasseis pessoas tem familiares em 1º grau com o diagnóstico de Diabetes, três apresentam familiares de 2º grau com o

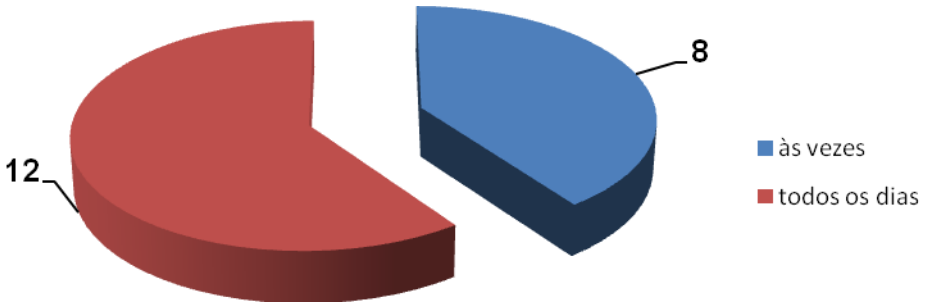
diagnóstico de Diabetes e um não apresenta história clinica de Diabetes na familia. O gráfico 3, mostra-nos que cerca de 80% das pessoas da amostra apresentam familiares de 1º e 2º grau de parentesco, com antecedentes de Diabetes, comprovando como é referido em vários estudos de a predisposição genética ser um dos fatores de risco.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo a prática de atividade física



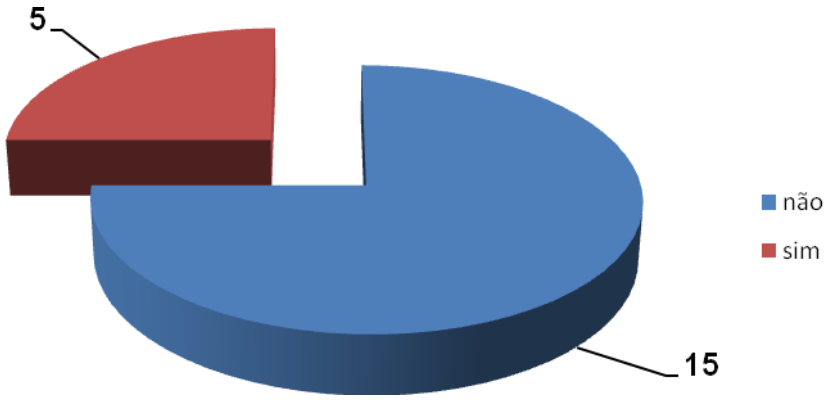
Verifica-se no gráfico 4, que quinze pessoas não praticam atividade física, cinco pessoas praticam atividade física, o que é corroborado pelo estudo PREVADIAB (2009), que verificou que 57% da amostra não pratica atividade física, sendo este um dos fatores de risco de desenvolvimento da doença. A atividade física é fundamental na prevenção dos fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes, pois tem uma ação muito importante na resistência à insulina, que está na base da Diabetes Mellitus Tipo 2.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo ingestão vegetais e/ou fruta



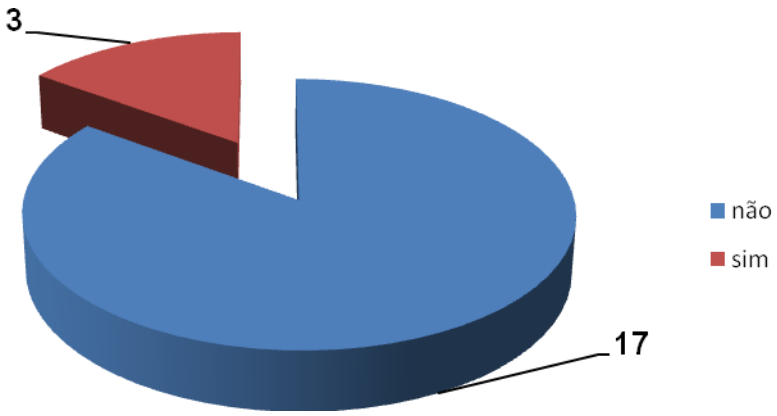
Quanto à questão efetuada sobre com que regularidade come vegetais/ou fruta, doze responderam que o fazem às vezes, e seis todos os dias. A aquisição de competências para um regime alimentar adequado constitui um pilar fundamental na melhoria dos fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2, (Gráfico 5).

Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo presença de açúcar no sangue



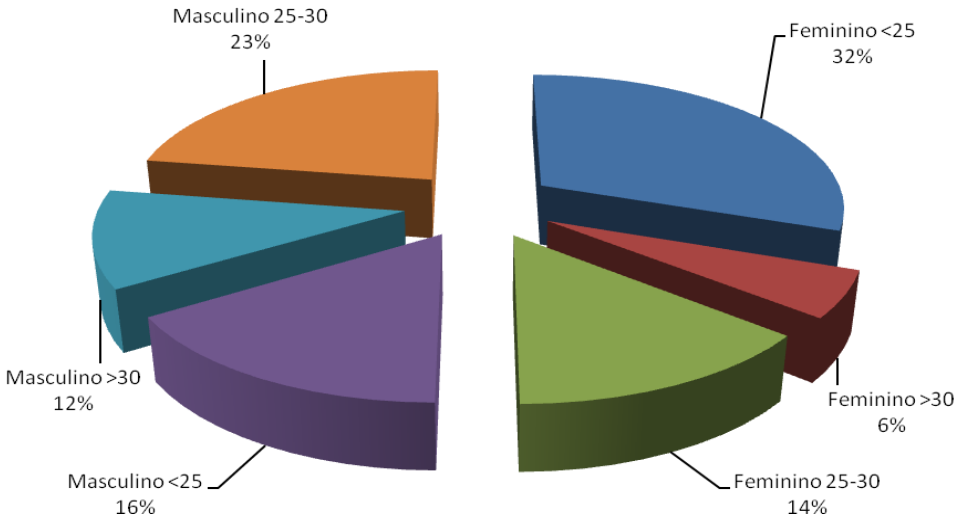
Na análise da distribuição da amostra, podemos observar que quinze pessoas referem que em exames analíticos anteriores "não apresentavam açúcar no sangue" o que corresponde a 75% da amostra, (Gráfico 6).

Gráfico 7 - Distribuição da amostra sobre toma de medicação para HTA



Das pessoas da amostra, três referem tomar medicação para o controlo da HTA. Segundo o estudo de Prevalência em Portugal (2009), existe uma relação entre a diabetes e a HTA, estimando-se que cerca de 75% das pessoas com diabetes desenvolvem HTA a longo prazo , (Gráfico 7).

Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo IMC e género



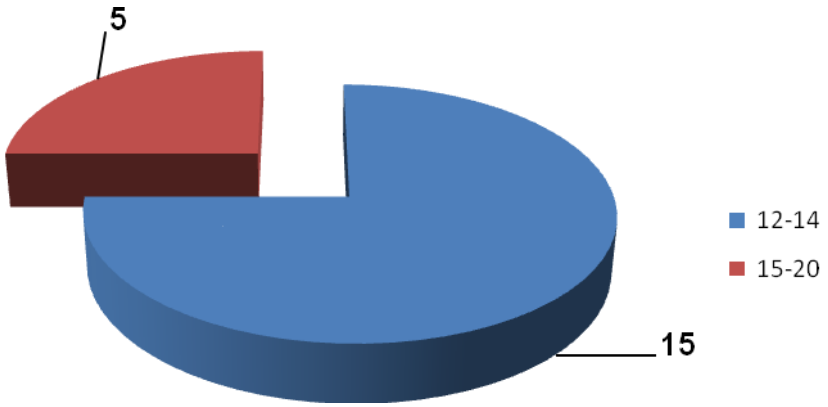
De acordo com a análise do gráfico 8, verificamos que o IMC é superior no género masculino (23%), em que detetamos um IMC entre 25-30 kg/m², o que corresponde a excesso de peso. No género feminino 14% das pessoas apresentam IMC entre 25-30kg/m². No género masculino 12% apresentam um IMC> 30 kg/m², ou seja obesidade. O excesso de peso e obesidade foram definidos de acordo com os critérios da OMS, considerando-se excesso de peso valores 25 - 30Kg/m² e obesidade ≥ 30Kg/m².

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o género e medida da cintura

	Feminino			Masculino		
Medida cintura (cm)	<80	80-88	>88	<94	94-102	>102
%	44%	36%	20%	43%	34%	23%
Total	100%			100%		

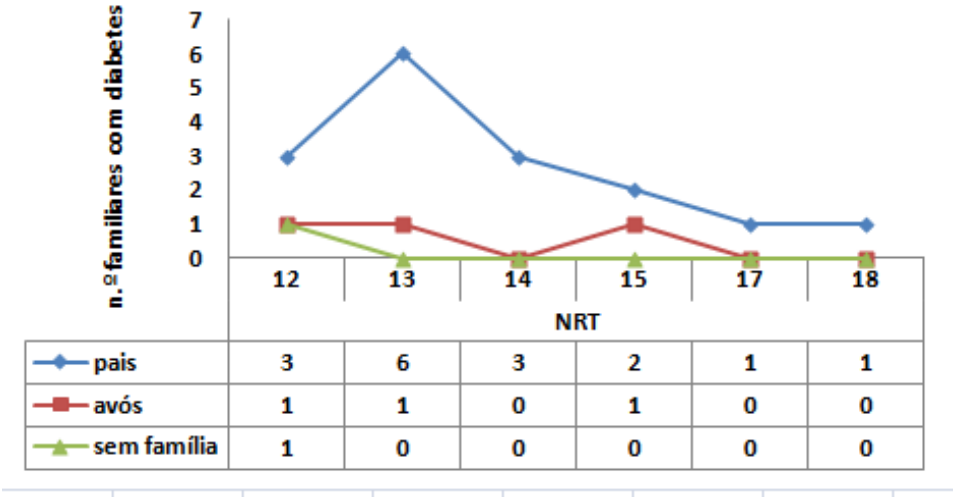
Relativamente à medida da cintura verificou-se que cerca de 56% das pessoas do género feminino apresentam um valor superior ao considerado como valor limite, de acordo com os critérios da " International Diabetes Federation", em que é definido como valor limite 80cm para o género feminino e 94cm para o género masculino. As pessoas do género masculino apresentam medida da cintura superior ao valor verificado no género feminino, (Tabela 4).

Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo o grau de risco



Em relação ao grau de risco total, quinze apresentam risco moderado de desenvolverem Diabetes Mellitus Tipo 2, num espaço temporal de 10 anos e cinco apresentam risco alto de desenvolverem Diabetes Mellitus Tipo 2 num espaço temporal de 10 anos, (Gráfico 9).

Gráfico 10 – Cruzamento entre o nível de risco total e a presença de familiar com diabetes



	12	13	14	15	17	18
pais	3	6	3	2	1	1
avós	1	1	0	1	0	0
sem família	1	0	0	0	0	0

Quando se efetuou o cruzamento de dados, verificou-se que independentemente do nível de risco, dezasseis pessoas apresentam familiares em 1º grau com diabetes, sendo que a maioria se encontra no *score* 13, correspondendo a risco moderado de vir a desenvolver Diabetes Mellitus Tipo 2, calculando-se que um em seis desenvolverá a doença num espaço temporal de dez anos (Gráfico 10).

CAPITULO 3 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem, foram definidos através da aplicação do processo de enfermagem, baseado na teoria do Défice de Autocuidado de Orem. Considerando esta, autocuidado, como o cuidado que cada indivíduo consegue executar diariamente de modo a regular o seu próprio desenvolvimento (Orem, 1991). Após caracterização, aplicação e tratamento dos dados colhidos foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1- Défice de conhecimentos sobre fatores de risco associados ao desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2;

2 - Défice de conhecimentos no autocuidado sobre alimentação saudável;

3 - Défice de conhecimentos sobre benefícios da prática de exercício físico.

3.1 - Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades é um processo de tomada de decisão, em que se pretende otimizar os recursos e os resultados, selecionando prioridades, procurando saber que problemas se devem solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1990). Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.14), (…) qualidade e perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinaram em grande parte a escolha das prioridades (…). Todos os diagnósticos foram alvo de intervenção; a priorização foi efetuada a nível das estratégias utilizadas, visando o nível de risco apresentado na amostra, que se encontra definido na ficha de avaliação de risco de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DGS, 2008), segundo a mesma, foi direcionado às pessoas que apresentaram risco alto (1 em 3 desenvolverá a doença) e às de risco moderado (1 em 6 desenvolverá a doença, nos próximos 10 anos). Esta intervenção foi desenvolvida no âmbito da prevenção primária, com base no modelo conceptual de Orem. A determinação das necessidades de intervenção no autocuidado atesta o tipo e o trabalho a ser feito, capacitando a pessoa a desenvolver o autocuidado, num período específico de tempo, de forma a identificar a aquisição de competências.

3.2 – Fixação de Objetivos

Segundo Imperatori & Geraldes (1993, p.11), (…) a fixação de objetivos em relação aos problemas definidos como prioritários exige (…), (…) a determinação da evolução natural dos problemas (…). Sendo o objetivo, (…) o enunciado do resultado desejável do problema alterando (…) a tendência da sua evolução (…). De acordo com Tavares (1990, p. 120) os objetivos devem ter em linha de conta a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou fracasso; a população alvo; a área de aplicação; e a delimitação do tempo. Desde modo e de acordo com o modelo Orem (1991, p.169), a adequação dos objetivos para atingir o autocuidado deve partir do conhecimento das necessidades da pessoa para que este consiga satisfazer ou ajustar as mesmas. Neste sentido e tendo em conta o défice de competências foi definido como:

Objetivo geral 1:
Avaliar o nível de risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Tipo 2, nas pessoas entre os 20 e 39 anos de idade, inscritos na USF MC.

Objetivos específicos 1:

1- Avaliar o estado de saúde de uma comunidade/grupo; através da metodologia do Planeamento em saúde;
2- Identificar o nível de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2, nas pessoas entre os 20 aos 39 anos, inscritos na USF;
3- Identificar através do IMC, da medida da cintura, da presença de açúcar no sangue, da atividade física, da toma de medicação para a HTA, ingestão regular de vegetais e ou fruta, e da presença de familiares com Diabetes Mellitus, fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2;
4- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a monitorização do risco de Diabetes Mellitus Tipo 2 em SAPE.

Objetivo geral 2:

Capacitar os participantes da amostra para o desenvolvimento de competências relacionadas com o autocuidado na prevenção e promoção da Diabetes Mellitus Tipo 2.

Objetivos específicos 2:

1 - Contribuir para a aquisição de competências no autocuidado para a prática de Atividade física;
2 - Contribuir para a aquisição de competências no autocuidado: alimentação saudável;
3 - Aumentar os conhecimentos dos fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2;
4 - Melhorar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde.

3.3 - Seleção de Estratégias

De acordo com Imperatori &Giraldes, (1993,p.87), as estratégias constituem (…) processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários (...) em termos inovadores e criativos (…) de forma a (…) alcançar os objetivos fixados (…).

As estratégias delineadas assentam na prevenção Primária, tendo em conta os fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2.
De acordo com o PPCDO (2009-2012), devem-se unir esforços por parte da DRS, dos Diretores Executivos das Unidades de Saúde, dos profissionais de saúde e dos parceiros da comunidade, no que se refere à alimentação saudável e atividade física, de forma a constituir estratégias fundamentais para que se consiga atingir objetivos.
Segundo o modelo de Orem (1991) as ações de autocuidado devem ser desenvolvidas de forma a transmitir conhecimento, usando métodos válidos e de acordo com as necessidades da pessoa. No que concerne aos enfermeiros refere que estes têm capacidade para acompanhar ou contribuir para o autocuidado através da compensação, de forma a ajudar a ultrapassar as limitações apresentadas, baseando-se no sistema

apoio-educativo, em que as pessoas estão aptas a desempenhar e a adquirir medidas preventivas, mas que não conseguem sozinhos (Orem, p. 29). Tendo como base *o score* apresentado na ficha de risco, delinearam-se estratégias de intervenção, dando prioridade às pessoas que apresentavam alto e risco moderado de vir a desenvolver diabetes, de forma a dar resposta aos objetivos fixados. Foram selecionadas estratégias e ações individuais para as pessoas que apresentavam risco alto (Apêndice V) e ações de intervenção de grupo para ambos (Apêndice VI). As ações de intervenção tiveram por base sessões de educação para a saúde. Divulgação de informação sobre o tema no site da USF, local de acesso às pessoas.

Stanophe (2011, p.306) citando (Dirscoll, 1994; e Palazzo,2001), refere que (…) a educação consiste em criar e proporcionar acontecimentos que facilitam a aprendizagem (…). A aquisição de competências no desenvolvimento do autocuidado é fundamental na mudança de hábitos e comportamentos estabelecidos. Através da educação e do aumento das capacidades adquiridas, sabe-se hoje que é possível reduzir o risco de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Durante esta fase foi avaliada a disponibilidade da nutricionista, e ponderada a disponibilidade das pessoas de modo a que as estratégias de intervenção fossem concretizadas, sendo o agendamento das sessões em horário pós laboral e fim de semana.

3.4 – Programas e Projetos

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) esta fase define-se como a preparação para a execução de estratégias concretizadas através de atividades, que visam atingir um objetivo, delimitado no tempo, conseguindo-se um resultado específico. Depois da fixação das estratégias, e com o fim de atingir os objetivos, surge o projeto de intervenção que foi denominado **"Conhecer para Prevenir**". A escolha deve-se ao facto de que através do conhecimento se pode atuar de forma a prevenir fatores de risco. As atividades foram desenvolvidas tendo em conta os resultados encontrados na avaliação da ficha de risco aplicada às pessoas e após validação com o orientador de estágio. Durante este processo teve-se em consideração o agendamento das mesmas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Para que estas intervenções se tornassem eficazes foram desenvolvidas tendo em consideração as características do grupo de intervenção, e os

recursos disponíveis na equipa multidisciplinar. Foram desenvolvidas sessões individuais para as pessoas que apresentaram risco alto, na avaliação do nível de risco total, de forma a conseguir consolidar conhecimentos, tendo sido integrados também nas sessões de grupo. Na primeira sessão foi feita a apresentação de cada participante, para que as sessões se tornassem interativas e para que os participantes se sentissem à vontade de forma a colocarem as suas questões. Para a segunda sessão foi convidada a nutricionista do ACES, de modo a que se conseguisse motivar e sensibilizar os participantes na aquisição de uma alimentação saudável e dando cumprimento aos objetivos estipulados para a intervenção. No final de cada sessão foi aplicado um questionário para avaliação das sessões. Criado um folheto sobre fatores de risco, entregue a cada utente da amostra, podendo também ser consultado através do *site* da USF MC.

Foi programada e agendada uma intervenção comunitária que consistiu numa caminhada, que se realizou durante um fim de semana, num final de tarde, para que se evidenciasse a importância da atividade física como uma mais-valia na redução do nível de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2; seguindo-se de um lanche convívio, de modo a que no final se procedesse a uma partilha de ideias de forma a incentivar a discussão das propostas de intervenção e recolher novas sugestões; incentivar a satisfação e apropriação do projeto pelos participantes, com vista à sua continuação.

Sendo elemento do Conselho técnico da USF MC, e tendo como competências a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas várias entidades competentes (nomeadamente a DGS), e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, bem como a competência técnica para a avaliação do grau de satisfação dos utentes, organização e supervisão das atividades de formação contínua e de investigação. As intervenções delineadas no projeto de intervenção em causa serviram para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, bem como na atuação a nível da prevenção primária aos utentes inscritos na USF MC. Esta melhoria refletiu-se a dois planos de ação:

- Um interno à USF MC, que consistiu na criação de uma consulta de enfermagem de avaliação do nível de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2;
- Outro externo à USF MC, que consistiu no desenvolvimento de uma parceria com a Santa Casa da Misericórdia, o “Projeto Educacional – Alimentação Saudável na

> Comunidade", com uma forte componente de intervenção comunitária num bairro. O Projeto consiste na intervenção social desenvolvida pela Santa Casa da Misericórdia de Almada e em especial no Centro Comunitário, caracterizada por uma percentagem significativa de agregados familiares que apresentam uma alimentação pouco saudável que potencia riscos ao nível de problemas de saúde (colesterol, hiperglicemia, obesidade) pelo que se tornou uma área a priorizar ao nível da intervenção.

Esta forma de atuação espelha-se no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária (2011, p.16),

> (…) a parceria para a promoção da saúde é uma colaboração /aliança entre duas ou mais partes que perseguem uma serie de metas para a promoção da saúde decididas conjuntamente,(…) definindo (…) objetivos e normas deontológicas fundamentais, no domínio de ação conjunta (…)

3.5 - Preparação da Execução

É nesta fase que se especificam as atividades, a forma como executar e se definem os resultados a obter (Imperatori & Giraldes,1993). Deste modo especifica-se sobre a forma de quadro, os diagnósticos relacionados com os objetivos e atividades que fazem parte da execução (Quadro 3), de forma a tornar operacional o projeto de intervenção.

Com base nos diagnósticos de enfermagem e de acordo com Orem (1991), as necessidades incluem a combinação de ajuda, orientação e formação, de modo a que as pessoas tomem decisões, e consigam adquirir conhecimentos e estratégias. Citando ainda Stanophe (2011,p.304), pode-se (…) educar através dos três níveis de prevenção, de modo a prevenir problemas de saúde e minimizar os seus efeitos (…).

Atuou-se a nível da prevenção primária, (Quadro 3).

Quadro 3 – Plano de Intervenção Comunitária

DIAGNÓSTICOS	OBJECTIVOS ESPECIFÍCOS	ACTIVIDADES
Défice de conhecimentos sobre fatores de risco associados ao desenvolvimento da Diabetes Tipo 2 nos indivíduos e profissionais.	1-Identificar conhecimentos sobre fatores de risco DM. 2-Identificar o nível de risco total de vir a divulgação DM Tipo 2, nos pessoas entre os 20 aos 39 anos, inscritos na USF. 3 - Desenvolver estratégia para a monitorização do risco de DM Tipo 2 em SAPE. 4- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde.	1-Promoção de Sessões individuais aos indivíduos de alto risco. 2-Promoção de sessões de grupo aos indivíduos com risco alto e moderado. 3-Criação de folheto Informativo. 4-Sensibilização dos profissionais. 5-Divulgação no *site* da USF, informação sobre os fatores de risco. 6- Criar a consulta de enfermagem de avaliação do nível de risco de Diabetes Mellitus Tipo 2, aos utentes inscritos na USF MC, com idade entre os 20 e 39 anos.
Défice de conhecimentos no auto cuidado sobre alimentação saudável.	1- Contribuir para aquisição de competências no autocuidado: alimentação saudável.	1-Promoção de Sessões individuais aos indivíduos de risco alto. 2-Promoção de sessões de grupo aos indivíduos com risco alto e moderado. 3-Constituição da parceria com a Santa Casa da Misericórdia, do "Projeto Educacional – Alimentação Saudável na Comunidade".
Défice de conhecimentos sobre benefícios da prática de atividade física.	1 - Contribuir para aquisição de competências no autocuidado: prática de atividade física.	1-Sessão de educação sobre benefícios da atividade física. 2-Caminhada.

3.6 - Avaliação

A fase de avaliação da intervenção comunitária compreende, por um lado, a avaliação das atividades e objetivos específicos, e por outro, a avaliação dos indicadores de processo definidos. A avaliação como ultima etapa do Planeamento em Saúde é determinante na eficácia de todo o percurso realizado. Imperatori &Giraldes (1993, p.127-128) refere que (…) a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiencia (…). Stanophe (2011, p. 306) refere que a etapa da avaliação (…) julga o valor do que foi aprendido (…). A fase de avaliação do projeto compreende, por um lado, a avaliação das atividades e objetivos específicos, e por outro, a avaliação dos indicadores de processo definidos.

Para a quantificação das atividades realizadas, os indicadores constituem uma fase essencial na etapa de avaliação, sendo que os de processo ou atividade, traduzem a quantificação das atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto, evidenciam os ganhos em Saúde (Tavares, 1990).

Como indicadores de processo, definiram-se o número de atividades programadas, individuais e em grupo que ocorreram desde a avaliação da ficha de risco, sendo efetuado na altura e após preenchimento da ficha, formação breve sobre fatores de risco, bem como entrega de folheto (Apêndice VI). Foram realizadas cinco sessões de educação individuais, entre 12 a 16 de Dezembro 2012, às pessoas que apresentaram risco alto. As duas sessões de educação em grupo (Apêndice V), foram realizadas a 18 Janeiro e outra a 25 Janeiro 2012, com a participação de quinze pessoas da amostra. Tendo sido realizada uma caminhada a 11 de fevereiro 2012, com a participação de dez pessoas e posteriormente um lanche convívio. Para a avaliação das sessões optou-se por aplicar um pequeno questionário sobre a satisfação das sessões (Apêndice VI), devido ao tempo limite de execução do projeto de intervenção, tendo-se definido aplicar a ficha de avaliação de nível de risco ao fim de 6 meses. No final de cada sessão foi aplicado um questionário de satisfação “O Projeto Alimentação Saudável” deve início a 13 Fevereiro de 2012, e irá ser dada continuidade uma vez por mês.

Tabela 5- Avaliação da percentagem de pessoas que participaram nas sessões

Indicadores de Processo	
Nome	% de participação da amostra nas atividades a desenvolver;
Numerador	nº de participantes na 1ª atividade**(10)** + nº de participantes na 2ª atividade**(15);**
Denominador	nº de pessoas da amostra **(20)** x100=15/20x100=**75%**
Resultado	Permite determinar a percentagem de pessoas que constituem a amostra que participarão nas atividades. (75%)

No que se refere à percentagem de participação das pessoas, verificamos que 75% participaram nas sessões, o que demonstra o interesse pelo tema desenvolvido, (Tabela 4).

Tabela 6- Avaliação da percentagem de utente que participaram na caminhada

Indicadores de Processo	
Nome	% de participação da amostra na atividade física- caminhar;
Numerador	nº total de participantes na atividade**(10)**
Denominador	nº de pessoas da amostra **(20)** x100=10/20x100=**50%**
Resultado	Permite determinar a percentagem de pessoas que constituem a amostra que participarão na atividade**. (50%)**

Tendo a caminhada sido realizada durante o fim de semana e pela especificidade da idade dos participantes; é de salientar que o dia foi proposto pelos participantes da amostra, foi uma atividade agradável e de convívio, possibilitando demonstrar que a atividade física é benéfica para a prevenção de vários fatores de risco apresentados pelas

pessoas, (Tabela 5). Algumas das frases referidas foram "… *Devíamos ter mais iniciativas destas*…", …."*Acho que já perdi umas graminhas*…" .

Tabela 7- Avaliação da percentagem de satisfação da amostra nas atividades desenvolvidas

Indicadores de Processo	
Nome	% de satisfação da amostra com as atividades desenvolvidas;
Numerador	nº de participantes que classificam a generalidade das atividades no grau "Muito Satisfeito" e "Satisfeito";**n=15**
Denominador	nº de participações no total das atividades; **n=15 x100**
Resultado	Permite determinar a percentagem de pessoas que avaliarão satisfatoriamente as atividades a desenvolver.**15/15 x100=100%**

A avaliação da satisfação das pessoas nas várias atividades (100%), mostrou mais uma vez que se torna necessário dar continuidade à intervenção, de forma a torná-las cada vez mais conscientes que o conhecimento e a alteração de estilos de vida, previne e/ou retarda o aparecimento de doenças crónicas. Algumas das frases referidas na avaliação das sessões foram…"*podemos continuar a ter estas sessões…faz-nos pensar nas asneiras…", …" gostei bastante…".*

As percentagens obtidas em cada indicador, resultante da execução do projeto de intervenção, traduzem satisfação nas atividades realizadas. Nos resultados alcançados, evidencia-se que as intervenções de enfermagem na aquisição de competências permitem a promoção do autocuidado neste grupo de utentes, no que concerne aos fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2, nomeadamente na prática de atividade física e alimentação saudável.

Os indicadores de resultado ou impacto, traduzem as alterações verificadas, como os ganhos em saúde (Tavares, 1990). Não foi possível verificar alterações de impacto, quer pelo tempo limitado para concretização do projeto, quer pela especificidade da temática abordada. Para a mudança de comportamentos e alterações nos estilos de vida, é

necessário um período mais longo do que o definido para a implementação deste projeto de intervenção. No entanto, como iremos dar continuidade ao projeto, sugerem-se os seguintes indicadores, para avaliar entre seis meses a um ano:

Indicadores de impacto:

- Avaliação (em Junho de 2012) do nível total de risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Tipo 2, no total de participantes intervencionados.

- Avaliação (em Junho de 2012) dos conhecimentos de uma alimentação saudável, no total de participantes intervencionados.

- Avaliação (em Junho de 2012) dos que iniciaram atividade física diária, no total de participantes intervencionados.

CAPITULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2011, p.4):

> (…) o Enfermeiro Especialista detém aprofundado num domínio especifico de enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clinico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clinicas especializadas relativas a um campo de intervenção (…).

O foco de intervenção como especialista em enfermagem comunitária centra-se na prevenção da saúde, no reforço dos estilos de vida e comportamentos saudáveis, tendo como finalidade melhorar a saúde dos indivíduos e da comunidade, juntamente com os vários parceiros da equipa de cuidados (Stanhope, 2011). O enfermeiro especialista em saúde comunitária é detentor de um Saber Específico da sua área, mobiliza as suas ações ao indivíduo/ família e comunidade, envolvendo a equipa de saúde multidisciplinar, através do domínio do conhecimento da metodologia de investigação e do planeamento em saúde, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

O projeto de intervenção permitiu-nos aprofundar e consolidar conhecimentos relativos ao processo e metodologia de investigação e do planeamento em saúde, permitindo-nos refletir acerca do desenvolvimento de competências e estratégias de intervenção, no âmbito do processo de cuidar, tendo em vista uma adequada intervenção como enfermeira especialista, permitindo a articulação com o Modelo conceptual de Dorothea Orem. As principais competências desenvolvidas prenderam-se com a avaliação do estado de saúde de um grupo, inserido numa família e numa comunidade; através do diagnóstico de situação, seguindo orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde. Ao promover o trabalho em parceria, e de forma a garantir uma maior eficácia das intervenções, possibilitou o desenvolvimento de competências a nível da coordenação e liderança do projeto nos processos de intervenção.

Deste modo, concluímos que o conhecimento sobre o estado de saúde de um grupo ou de uma comunidade é uma mais-valia na prevenção da doença. Segundo Boavida (APDP, 2011), os indivíduos que desenvolvem Diabetes Mellitus Tipo 2 apresentam frequentemente excesso de peso, obesidade e têm hábitos sedentários. Sendo a

predisposição genética um dos fatores de risco, não o é determinante, no entanto o excesso de peso e a vida sedentária são fatores relevantes no desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2.

Este estudo permitiu-nos identificar três diagnósticos de Diabetes, o que evidencia a importância deste tipo de estudos, reconhecemos também que se deva dar continuidade, de modo a se constituírem estudos com metodologia semelhante e amostras representativas, para que os resultados possam vir a ter uma melhor utilização como evidência científica. Embora a nossa amostra tenha sido reduzida, considera-se que vem reforçar as conclusões do estudo PREVADIAB (2009), onde se verificou no grupo etário dos 20 aos 39 anos, uma evidência de 53,4% de pessoas não diagnosticadas, desta análise parece-nos importante evidenciar o seguinte: que devemos ter em conta a aquisição de conhecimentos acerca dos fatores de risco, pois apesar da diabetes se manifestar tardiamente, é importante a mudança de estilos de vida, comportamentos saudáveis e há que ter em conta os fatores de risco já existentes, que a continuidade das estratégias de intervenção implementadas deve ser continuada para que se consiga reduzir a incidência da diabetes.

O reconhecimento da Diabetes Mellitus Tipo 2 como uma doença crónica, associada ao elevado risco de complicações deverá implicar medidas sólidas e planeadas em termos de prevenção primária e de diagnóstico. A realização deste projeto contribuiu como um estímulo na importância da intervenção comunitária a nível da prevenção primária e promoção da saúde.

Em suma, o conhecimento sobre fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo 2, permitiu-nos, para além da intervenção individual e de grupo, orientada pelo Sistema de apoio-educativo de Dorothea Orem, identificar o nível de risco de um grupo de utentes, entre os 20 e os 39 anos, inscritos na USF MC. Este estudo pode ser um ponto de partida para a criação da consulta de Enfermagem de avaliação do risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Tipo 2, e desta forma dar continuidade ao projeto de intervenção comunitária, de modo a que se desenvolvam estratégias de intervenção específicas, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Assim, sugerimos: o preenchimento da ficha de avaliação do risco total, a todos os utentes que recorrem à USF MC, de modo a identificar o nível de risco total e possíveis diagnósticos; formar e sensibilizar os profissionais da área da saúde,

envolvendo as instituições da comunidade em parcerias, de modo a atuar na prevenção primária da Diabetes Mellitus Tipo 2.

No que concerne à investigação, julgamos ser importante apresentar algumas sugestões de cariz mais pragmático, que poderão servir de base para estudos futuros, nomeadamente o melhoramento da ficha de avaliação do nível de risco (DGS,2008), de modo a que se consiga efetuar uma melhor caracterização do utente, especificando de forma clara e não limitativa as questões que a constituem, como por exemplo:

- Questão 4. Pratica, diariamente, atividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo atividades da vida diária)? A possibilidade de resposta é dicotómica e resume-se ao conhecimento de “sim” ou “não”;
- Questão 5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta? A possibilidade de resposta é dicotómica e resume-se ao conhecimento de “todos os dias” e “às vezes”.

Sugerimos que na questão 4, esta seja direcionada para avaliar o exercício e não a atividade física. Na questão 5, esta deve ser direcionada para a frequência, para a diversidade e a quantidade dos alimentos diariamente ingeridos.

Com as sugestões apresentadas, esperamos contribuir para uma prática baseada na evidência, com vista à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA (2011) - *American Diabetes Association:* ***complete guide to diabetes***. Virginia: American Diabetes Association.

ACES de Almada (2011) - **PLANO DE ACTIVIDADES 2011**. Monte da Caparica.

ALLIGOOD, R. e TOMEY, M. (2002) - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem.** Loures: Lusociência – Edições.

BARROS, M.; NAHAS, M. - **Comportamentos de risco, autoavaliação do nível de saúde e perceção de stresse entre trabalhadores da indústria.** [suporte electrónico] (2011), pg. 554 – 563. Acedido 15/02/2012. Disponibilidade emhttp://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102001000600009&scrip=sci_arttext.

CALDEIRA, J. et al., - **Diabetologia clínica.** 1ª ed. Lisboa: Lidel, 1997.

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986.

CARVALHO, A., & CARVALHO, G. (2006) - **Educação para a saúde: conceitos***,* **práticas e necessidades de formação***.* Loures: Lusociência.

CASPERSEN, C. S., K.E.POWELL, et al, (1985) - Physical activity, exercise, and physical fitness: **definitions and distinctions for heath reated research**. Public Health Rep. 100 (2). p.126-131.

COLLIÉRE, M. (1999) - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem***.* Lisboa: Edições Lidel.

CORREIA, L. et al. **A diabetes em Portugal prevadiab 2009. Estudo da Prevalência.** Multimedia, desing e imagem,lda ISBN 978-989-96663-06. p.9-57.

MILHOMEM, A.; et al - **Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo2 mediante abordagem baseada no Modelo de Orem**. [suporte electrónico]. (2008), p. 321 – 336. Acedido a 15/10/2011. Disponibilidade http://www.fen.usfg.br/revista/v10/n2/v10n2a04.htm.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011) - **Diagnóstico e classificação da Diabetes Mellitus**. Norma nº002/2011 de 14/01/2011.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**. Acedido em 06/06/11. Disponível em http://www.dgs.pt.

DIRECÇÂO GERAL DE SAÚDE (2004) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Acedido em em 4/10/2011. Disponivel emhttp://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_216.html .

DUARTE, R.(2002)- Epidemiologia da Diabetes.in:DUARTE, R.[et al]- **Diabetologia Clinica**. Lisboa:Lidel , ISBN 972757162x. pg. 43-78 e pg.147-162.

ESEL. (2011) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem Comunitária: **Guia Orientador do Estudante**. Lisboa.

FORTIN, M. (1999) - **O processo de investigação: da conceção à realização.** 1ª ed. Loures: Lusociência.

FRADA, J. (1999) - **Guia Prático para Elaboração e Apresentação de Trabalhos** Científicos. Lisboa: Edições Cosmos.

FRASQUILHO, A. (1998) - **Estilos de vida, comportamentos e educação param a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes***.* Revista Portuguesa de Saúde Publica, 16 (1). Pg.13 -19.

FREDERICO, M. (2000) - **Princípios da Economia da Saúde**. Coimbra: Formasau.

GÂNDARA, M. (1988) - **Predizer o Futuro da Profissão**. Revista Sinais Vitais, (20), Setembro. p.12-15.

Grupo de estudos da Diabetes Mellitus, sociedade portuguesa de endocrinologia, diabetes e metabolismo (2010) - **DIABETES – Uma abordagem global**. Euromédice, Edições médicas, lda. ISBN 978-972-8749-84-2. p.1-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Acedido a 21/06/2011.Disponível online em http://www.ordemenfermeiros.pt/ .

http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualDiabetes_2010.pdf

HESBEEN, W. (2000) - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar**. Lisboa: Lusociência.

HONORÉ, B. (1996). **A Saúde em Projecto**. Loures: Lusociência.

IMPERATORI, E. e GIRALDES, M. (1993). **Metodologias de Planeamento em Saúde**. (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

LAKATOS, E. e MARCONI, M. (1992) - **Metodologia do trabalho científico.** 4ª ed. São Paulo: Atlas.

LAST, J. (1988) – **Um dicionário de epidemiologia.** 2ªed. Oxford University Press.

MAROCO, J.; BISPO, R. (2003) - **Estatística aplicada às ciências sociais e humanas**. Lisboa: Climepsi Ed., 356 [10]. ISBN 972-796-065-0. p.29 e 30.

Nutbeam. *D. Health Promotion Glossary, Health promotion Internacional.*1998.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - **Proposta de sistema de individualização de especialidades em enfermagem.** Assembleia Geral de 17 de Março de 2007.

OREM, D. (1991) - Nursing**: concepts of practice**. St. Louis: Mosby – Year Book.

PARDAL, M. (1989) - **Estilos de Vida Saudáveis e Promoção da Saúde**. Escola e Saúde, nº 11, Julho. p.7-9.

POLIT, D. e HUNGLER, B. (1995) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas. p.165.

SPD (2012). Diabetes: **factos e números 2011** – relatório anual do observatório nacional da diabetes. Retrieved Mar 25, 2012, from: http://www.dgs.pt/ms/7/paginaRegisto.aspx?back=1&id=21790.

STANHOPE, M.et al. **Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 4ª Ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3. p.491-517.

TAPPEN, R. (2001) – **Liderança e Administração em Enfermagem. Conceitos e Prática**. 4ª Edição. Camarate, Editora: Lusociência. ISBN 972-8930-00-3.

Usf-montecaparica.min-saude.pt/. Acedido em 18/05/2011. Área de influência.

WILLIAMS, C., & STANHOPE, M. (2011). **Prática Focada na População: O Fundamento da Especialização em Enfermagem de Saúde Pública**. In M. Stanhope, & J. Lancaster, Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. Loures: Lusodidacta. p.2-302.

WOOD, G.e HABER, J. (2001) – **Pesquisa em enfermagem.** 4ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro.

VILELAS, J. (2009) – **Investigação: O processo de construção do conhecimento**. Lisboa: Edições Silabo. ISBN 978-972-618-557-4.

ANEXOS

Anexo I – Norma nº 002/2011 de 14 de Janeiro, 2011 DGS

NORMA
DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco Henrique Moura George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da Saúde, ou=Direcção-Geral da Saúde, cn=Francisco Henrique Moura George
Date: 2011.03.14 13:20:01 Z

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Ministério da Saúde

NÚMERO:	002/2011
DATA:	14/01/2011

ASSUNTO:	Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus
PALAVRAS-CHAVE:	Diabetes ; Diagnóstico
PARA:	Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde
CONTACTO:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt) - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (diabetes@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, emite-se a Norma seguinte:

1. O diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:
    a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou ≥ 7,0 mmol/l); ou
    b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou ≥ 11,1 mmol/l); ou
    c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou ≥ 11,1 mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
    d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) ≥ 6,5%.
2. O diagnóstico de diabetes numa pessoa assintomática não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas.
3. É aconselhável usar um só parâmetro para o diagnóstico de diabetes. No entanto, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA1c, se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa segunda análise.
4. O diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, faz-se com base nos seguintes parâmetros:
    a) Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou ≥ 6,1 e < 7,0 mmol/l);
    b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou ≥ 7,8 e < 11,1 mmol/l).

5. O diagnóstico da diabetes gestacional faz-se com base nos seguintes valores para plasma venoso:
    a) Glicemia de jejum, a realizar na 1.ª consulta de gravidez, ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl (ou ≥ 5,1 e < 7,0 mmol/l);
    b) Se glicemia de jejum < 92 mg/dl, realiza-se PTGO com 75 g de glicose, às 24-28 semanas de gestação. É critério para diagnóstico de diabetes gestacional, a confirmação de um ou mais valores
        i. às 0 horas, glicemia ≥ 92 mg/dl (ou ≥ 5,1 mmol/l);
        ii. à 1 hora, glicemia ≥ 180 mg/dl (ou ≥ 10,0 mmol/l);
        iii. às 2 horas, glicemia ≥ 153 mg/dl (ou ≥ 8,5 mmol/l).
6. A classificação da diabetes estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos:
    a) Diabetes tipo 1;
    b) Diabetes tipo 2;
    c) Diabetes gestacional;
    d) Outros tipos específicos de diabetes.
7. O diagnóstico de diabetes é registado no processo clínico.
8. O diagnóstico de hiperglicemia intermédia é registado no processo clínico.
9. No caso do diagnóstico de diabetes ser feito em meio hospitalar, o médico elabora relatório clínico a ser entregue à pessoa com diabetes e dirigido ao médico de família do centro de saúde onde está inscrita (ou ao seu médico assistente), o qual procederá conforme 6. ou 7..
10. No momento em que qualquer médico confirme o diagnóstico de diabetes obriga-se à emissão de receita com prescrição do "Guia da Pessoa com Diabetes".
11. É anulada a Circular Normativa n.º 9/DGS/DGCG, de 4 de Julho de 2002 e também os pontos 1 e 2 da Circular Normativa n.º 8/DGS/DGCG, de 4 de Novembro de 1998.

CRITÉRIOS

a) A diabetes tipo 1 resulta da destruição das células ß dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulinoterapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. Na maioria dos casos, a destruição das células dá-se por um mecanismo auto-imune, pelo que se denomina diabetes tipo 1 auto-imune. Nalguns casos não se consegue documentar a existência do processo imunológico, passando nestes casos a ser denominar-se por diabetes tipo 1 idiopática.

   A diabetes tipo 1 corresponde a 5-10% de todos os casos de diabetes e é, em regra, mais comum na infância e adolescência.

Quando a destruição da célula ß é súbita, a cetoacidose é muitas vezes a primeira manifestação da diabetes tipo 1.

b) A diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de diabetes, resultando da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinorresistência. Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de diabetes e, muitas vezes, está associada a obesidade, principalmente abdominal, a hipertensão arterial e a dislipidemia.

   A diabetes tipo 2 é clinicamente silenciosa na maioria dos casos e é diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa.

c) A diabetes gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez:

   i. Na gravidez, a prova de tolerância à glicose obriga à colheita de sangue para doseamento de glicemia às 0, 1 e 2 horas.

   ii. Na gravidez deixa de ser necessário realizar-se rastreio com 50 g de glicose.

d) Os outros tipos específicos de diabetes correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado, como:

   i. defeitos genéticos da célula ß;

   ii. defeitos genéticos na acção da insulina;

   iii. doenças do pâncreas exócrino;

   iv. endocrinopatias diversas;

   v. diabetes induzida por químicos ou fármacos.

AVALIAÇÃO

a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.

b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde.

c) A efectividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e a emissão de directivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde.

d) A Direcção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.

e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

   i. % inscritos com diabetes tipo 1
   ii. % inscritos com diabetes tipo 2
   iii. % inscritos com diabetes gestacional
   iv. % pessoas com diabetes tipo 1 com compromisso de vigilância
   v. % pessoas com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância
   vi. % de grávidas com diabetes gestacional com compromisso de vigilância
   vii. incidência de diabetes tipo 1, entre os inscritos na unidade de saúde
   viii. Incidência de diabetes tipo 2, entre os inscritos na unidade de saúde

f) Os indicadores de avaliação da implementação da presente Norma, possuem bilhetes de identidade a ela anexos e que dela fazem parte integrante.

FUNDAMENTAÇÃO

O conhecimento científico dos últimos anos, em áreas como a genética, a imunologia e a epidemiologia da diabetes, obriga a uma actualização regular dos seus critérios de diagnóstico e classificação.

A identificação do estádio em que a pessoa com alterações do metabolismo da glicose se encontra em cada momento permite iniciar as estratégias de intervenção e monitorização mais adequadas.

Consideram-se, actualmente, dois estádios intermédios de alteração de homeostase da glucose: a anomalia da glicemia de jejum e a tolerância diminuída à glicose após sobrecarga oral com 75 g de glicose. Tanto a AGJ como a TDG, isoladamente ou em conjunto, identificam grupos de indivíduos que se encontram em estádios distintos da alteração do metabolismo da glicose, para os quais existe um risco aumentado, em relação à população normoglicémica, de vir a desenvolver diabetes e doença cardiovascular. Estas duas situações denominam-se por hiperglicemia intermédia, correspondendo a categorias de risco aumentado para a diabetes.

A utilização da HbA1c no diagnóstico da diabetes é seguida pela *American Diabetes Association* (ADA), após recomendação de um grupo de peritos internacional, em 2009, constituído por elementos da ADA, da *European Association for the Study of Diabetes* (EASD) e da *International Diabetes Federation* (IDF), tendo a Organização Mundial da Saúde recomendado a sua utilização, conforme relatório "Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus", 2011. No entanto, este parâmetro não exclui os anteriores, não se excluindo a existência de diabetes para um valor inferior a 6,5%. Este grupo de peritos considera ainda que existe insuficiente evidência para fazer uma recomendação formal na interpretação dos valores inferiores a 6,5%.

APOIO CIENTÍFICO

José Manuel Boavida (Coordenador), Augusto Duarte, Lisa Ferreira Vicente, Manuel Almeida Ruas, Pedro Carneiro de Melo.

BIBLIOGRAFIA

- Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. World Health Organization, 2006.
- Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. World Health Organization, 1999.
- International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care, 2009, 32:1327-1334.
- Standards of Medical Care in Diabetes, 2011. Diabetes Care, 34, S11-S61.
- Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus", World Health Organization, 2011.

Francisco George

Director-Geral da Saúde

Anexo II – Ficha de Avaliação do Nível de Risco de Desenvolvimento da Diabetes Tipo 2 (DGS, 2008)

ANEXOS

ANEXO I: FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2

Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final.

1. Idade

0 p. Menos de 45 anos
2 p. 45-54 anos
3 p. 55-64 anos
4 p. Mais de 64 anos

2. Índice de Massa Corporal[20]

0 p. Menos de 25 kg/m2
1 p. 25-30 kg/m2
3 p. Mais de 30 kg/m2

3. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)

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

4. Pratica, diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?

0 p. Sim
2 p. Não

5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

0 p. Todos os dias
1 p. Às vezes

6. Toma regularmente ou já tomou alguma medicamentos para a Hipertensão Arterial?

0 p. Não
2 p. Sim

7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

0 p. Não
5 p. Sim

8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

0 p. Não
3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)?
5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

Nível de Risco total

O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é: ☐

< 7	Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença
7-11	Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença
12-14	Moderado: calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença
15-20	Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença
> 20	Muito alto: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

[20] **Ver tabela em anexo.**

Anexo III – Autorização de Estágio

ARSLVT
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P.

Ministério da Saúde

Agrupamento de Centros de Saúde de **Almada**

(Almada, C. Caparica, C. Piedade)

ACES de ALMADA

Exmo. Sra.

Profª. Maria Filomena Gaspar
Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Pólo AR
FAX – 218912293

LISBOA

Referência	Sua comunicação	Nossa referência
AR – Of. Nº 003502	30/08/2011	

Assunto – Ensino Clínico – 2ºCurso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Relativamente ao assunto em epígrafe, e em resposta ao V. Ofício, informamos que prevemos ter disponibilidade para receber 2 alunos do curso supracitado, para realização de Ensino Clínico, no período de 3 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012:

Unidade de Saúde Pública - Mª da Conceição Lourenço
Unidade de Saúde Familiar do Monte - Maria Jorge Brites

Para o estágio da Enfermeira Cármen Marmelo no CDP de Setúbal, deverá ser solicitado ao ACES da Península de Setúbal IV – Setúbal, Palmela.

Com os melhores cumprimentos,

Monte Caparica, 15 de Setembro de 2011

A Vogal do Conselho Clínico

M. Anjos Garcia

Direcção do ACES de ALMADA (Agrupamento dos Centros de Saúde de Almada/Costa da Caparica/Cova da Piedade)
Rua de São Lourenço – Poente, Monte da Caparica – 2825-023 Caparica
Tel.: 21 294 58 50; 21 294 69 60 – Fax: 21 294 58 60 – E-mail: direccao@csalmada.min-saude.pt

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido e autorização de Estágio

Sra Enfª Maria Jorge Brites,

Informamos que damos parecer favorável á realização de estágio e projecto de investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, conforme proposta e documentos já apresentadas e analisados pelo Conselho Clinico do ACES.

Com os melhores cumprimentos,

M. Anjos Garcia

Vogal do C Clinico

ACES de Almada

----- Original Message -----

From: Diabéticos USF Monte

To: lmarques@csalmada.min-saude.pt

Cc: Anjos Garcia

Sent: Tuesday, July 12, 2011 1:24 PM

Subject: pedido autorização estágio

Bom dia , Dr. Luis Marquês estou a frequentar o 2ºMestrado na área Especialização em enfermagem Comunitária , e necessito no 3º semestre de aplicar um projecto de intervenção. Envio-lhe o pedido do mesmo afim de assegurar o local de estágio na USF Monte Caparica,no entanto a escola efectivará o mesmo apartir de Outubro 2011.

Muito obrigado

Cumprimentos

Maria Jorge Oliveira Brites

Apêndice II – Consentimento Informado

Maria Jorge Oliveira Brites
e-mail – mjobrites@gmail.com
tel. 21 2945850

Exmo/a Senhor/a

Este estudo enquadra-se no Mestrado área de Especialização em Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema " avaliação e controlo da Diabetes Tipo 2, aos utentes inscritos na USF Monte Caparica, de forma a detetar os que estão em risco de desenvolverem a doença".

No âmbito do programa de Mestrado, pretende estudar os fatores de risco que proporcionam o desenvolvimento da Diabetes Tipo 2. O objetivo deste estudo é avaliar e controlar o risco de desenvolvimento de diabetes, nos utentes inscritos na USF Monte Caparica.

De posse desta informação pretende contribuir para prevenção dos fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Tipo 2, a este grupo de utentes inscritos na USF.

Assim sendo, venho solicitar a sua colaboração como utente inscrito na USF, para o preenchimento deste questionário.

É importante que responda a todos os itens.

Asseguro-lhe desde já, que a sua informação é absolutamente confidencial e que não precisa de subscrevê-lo.

Agradeço toda a sua colaboração e disponibilidade.

Declaro que fui bem informado sobre os objetivos deste trabalho e aceito participar neste estudo.

Assinatura:

Local e data:

Grato pela colaboração

Maria Jorge Brites

Monte Caparica, 2011

Apêndice III – Plano de Sessão para Profissionais

PLANO DE SESSÃO

Data: 4 Outubro de 2011 **População-alvo:** Profissionais da USF Monte Caparica

Hora: 13h **Duração:** 45 minutos **Local:** Sala de Reuniões

Material: Computador, Projector, Diapositivos;

	ACTIVIDADES	MÉTODOS	TEMPO	AVALIAÇÃO
Introdução	Apresentação do Projecto;	Expositivo	5 Minutos	
Desenvolvimento	**Exposição do Projecto:** ✓ Objectivos; ✓ População - alvo. ✓ Apresentação da ficha de risco; ✓ Convite para a participação na aplicação da ficha de risco; ✓ Distribuição material para a avaliação do IMC (Índice de Massa Corporal) e Medição da Cintura; ✓ Partilha de sugestões e dúvidas;	Expositivo Interrogativo;	35 Minutos;	✓ Participação activa dos profissionais;
Conclusão	Resumo da Sessão;	Expositivo e Interrogativo	5 Minutos	✓ Aplicação do questionário aos profissionais de saúde para a avaliação da sessão;

Apêndice IV – Questionário de avaliação da sessão para os profissionais

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Comunitária

Apresentação Projeto

"Avaliação do Nível Risco da Diabetes Tipo 2,nos utentes dos 20 aos 39 anos na USF Monte Caparica"

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

No preenchimento do quadro, a avaliação da sessão deve situar-se entre 1 e 5, sendo que 1 corresponde a "Mau" e 5 a "Muito Bom". Agradecemos desde já a vossa colaboração.

Avaliação / Indicadores	1	2	3	4	5
1. Organização do conteúdo de forma clara e lógica	☐	☐	☐	☐	☐
2. Meios audiovisuais adequados	☐	☐	☐	☐	☐
3. Preparação do ambiente	☐	☐	☐	☐	☐
4. Linguagem clara e adequada	☐	☐	☐	☐	☐
5. Articulação de conhecimentos teóricos e práticos	☐	☐	☐	☐	☐
6. Segurança e domínio do tema/conteúdo	☐	☐	☐	☐	☐
7. Opinião Geral	☐	☐	☐	☐	☐

Sugestões:

Críticas:

04 de Outubro de 2011

Apêndice V – Plano de Sessão de Educação

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Tipo 2- Modulo 1

DIRIGIDO A: Pessoas inscritas na USF, dos 20 aos 39 anos

REALIZADO POR: Maria Jorge Oliveira Brites

DATA DA APRESENTAÇÃO: 10 Janeiro 2012

LOCAL DE APRESENTAÇÃO: Sala de Movimento – PISO 1

OBJECTIVO GERAL

- **Dar a conhecer os fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Tipo 2, de forma a reduzir a incidência da Diabetes**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ **Sensibilizar os utentes para os fatores de risco de desenvolvimento da doença**
- ✓ **Incentivar a mudança de comportamentos**
- ✓ **Ensino da vigilância de fatores de risco**

ETAPAS	CONTEÚDO	METODOLOGIA	TEMPO
INTRODUÇÃO	• Apresentação • Apresentação e justificação do tema	• Expositiva	3 min.
DESENVOLVIMENTO	• Diabetes tipo 2 • Fatores de risco • Atividade física • Vida sedentária • Alimentação Saudável • Obesidade • História familiar	• Expositiva	45 min.
CONCLUSÃO	• Frase de reflexão • Esclarecimento de dúvidas • Encaminhamento para consulta de enfermagem	• Expositiva	10min.
AVALIAÇÃO	• Preenchimento de ficha de avaliação	• Interrogativa	15min.

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes Tipo 2- Modulo 2

DIRIGIDO A: Pessoas inscritas na USF, dos 20 aos 39 anos

REALIZADO POR: Maria Jorge Oliveira Brites/Nutricionista Filipa Carneiro

DATA DA APRESENTAÇÃO: 15 Janeiro 2012

LOCAL DE APRESENTAÇÃO: Sala de Movimento – PISO 1

OBJECTIVO GERAL

- **Contribuir para aquisição de competências no autocuidado: alimentação saudável**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ **Sensibilizar os utentes na aquisição de competências para uma alimentação saudável**
- ✓ **Incentivar a mudança de comportamentos**

ETAPAS	CONTEÚDO	METODOLOGIA	TEMPO
INTRODUÇÃO	• Apresentação • Apresentação e justificação do tema	• Expositiva	3 min.
DESENVOLVIMENTO	• Diabetes tipo 2 • Alimentação equilibrada	• Expositiva	45 min.
CONCLUSÃO	• Esclarecimento de dúvidas • Encaminhamento para consulta de nutrição	• Expositiva	10min.
AVALIAÇÃO	• Preenchimento de ficha de avaliação da sessão.	• Interrogativa	15min.

Apêndice VI – Questionário de Avaliação das Sessões de Educação

2º CURSO DE MESTRADO E ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

"CONHECER PARA PREVENIR"

Este questionário pretende avaliar a satisfação dos utentes que frequentaram a sessão. Para tal, agradeço a vossa colaboração neste estudo mediante preenchimento deste questionário, assegurando desde já o anonimato das respostas. O questionário é dotado de total anonimato e confidencialidade, sendo que os dados se destinam apenas à realização deste Mestrado e estudo de investigação. Prevê-se que o seu preenchimento demore cerca de 5 minutos.

Não há respostas certas ou erradas; não importa se a sua resposta está ou não teoricamente correta. O que nos importa são as suas vivências autênticas porque o que nos interessa é conhecer melhor essa realidade e não a outra.

Coloque uma cruz no valor que considera a sua satisfação em relação à sessão, segundo uma escala de 1 a 3 (sendo que o **1- pouco satisfeito**, **2- satisfeito** e **3- muito satisfeito**):

Como considera a sessão que acaba de participar?	**1 2 3**
Em termos de aquisição de conhecimentos?	**1 2 3**
Quanto ao tempo dedicado à sessão?	**1 2 3**

Sugestão para continuidade das sessões:

_____

_____

Muito obrigado pela sua colaboração.

Apêndice VII – Panfleto Fatores de Risco

Frente

O que fazer para melhorar os fatores de risco de desenvolvimento da Diabetes:

- Controlar o seu peso, de forma a atingir o seu peso ideal;
- Praticar exercício físico (caminhadas, praticar ginástica de manutenção, piscina);
- Ter uma alimentação equilibrada;
- Reduzir os açucares, as gorduras principalmente de origem animal, o sal, redução dos hidratos de carbono (arroz, massa, cereais, pão);
- Ingerir cerda 1,5l de água por dia.

Ajuda-o a escolher e a associar os alimentos que deverão fazer parte da sua alimentação diária.

Como calcular o seu IMC (Índice de Massa Corpora?

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[(\text{Altura})]^2}$$

É o indicador mais comum para determinar se o seu peso encontra-se baixo, no intervalo ou acima dos valores normais, através de um relação com a altura.

Referencias bibliográficas:

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes(2008)

Norma DGS, Nº002/2011 DE 14/01/20011

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Fatores de Risco de Desenvolvimento

Trabalho realizado pela discente:

- Enfermeira Maria Jorge Brites
- Nº 3546– **2º Mestrado: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária;**

ACES de Almada - USF Monte de Caparica

Verso

Diabetes

A diabetes é uma doença crónica, que ocorre quando os níveis de açúcar no sangue estão aumentados.

Este aumento resulta de alterações no funcionamento do pâncreas que é responsável pela produção de insulina.

➔ Diabetes Tipo 2: Corresponde ao tipo de diabetes mais frequente e está associado a um defeito da ação da insulina (insulinorresistência).

Segundo a DGS— Norma 002 / 2011 adapta os seguintes critérios para diagnosticar a Diabetes:

- Glicémia de Jejum: ≥126 mg/dl;
- 2 Horas após a refeição <140 mg/dl;
- Valor ocasional de glicémia ≥ 200 mg/dl, acompanhado de sintomas:

  - HA1C ≥ 6.5%;

Principais sinais e Sintomas:

- **Poliúria** (aumento do volume urinário);
- **Polidipsia** (sede aumentada e aumento de ingestão de líquidos);
- **Polifagia** (apetite aumentado);

Outros sintomas importantes incluem:

- Perda de peso;
- Visão turva;

Risco de desenvolvimento de Diabetes :

- Excesso de peso (IMC<=25) e obesidade (IMC >=3 0);
- Obesidade central ou visceral, H <= 94cm e M>=80cm;
- Idade >= 45 anos se europeus e < 35 anos se de outra origem / região do mundo;
- História familiar de diabetes, em 1º grau;
- Diabetes Gestacional;
- Hipertensão arterial;
- Dislipidémia;
- Anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose;

Apêndice VIII – Cronograma do Projeto de Intervenção

Cronograma das Atividades a desenvolver durante o Estágio de Enfermagem de Comunitária

Anos		2011													2012										
Meses		Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro					Março
Dias		3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5
		7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9
Etapas do Planeamento em Saúde	Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Apresentação do projeto (USF)																							
Diagnóstico de Situação	Seleção do instrumento de Colheita de Dados																							
	Aplicação do Instrumento de Colheita de dados																							
	Análise dos dados																							
Definição de Prioridades	Aplicação de método de priorização																							
Fixação de Objetivos																								
Seleção de Estratégias																								
Preparação operacional-programação																								
Avaliação	Avaliação contínua																							
	Apresentação dos resultados (USF)																							
	Orientação Académica																							
	Enfermeira de Referência																							
Redação/Revisão do projecto de intervenção																								8 de Maio

Apêndice IX – Realização de Sessões Individuais

CONHECER PARA PREVENIR