



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: CONTRIBUTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Maria Inês Domingues Gomes

Orientação: Professora Doutora Helena Arco

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: CONTRIBUTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Maria Inês Domingues Gomes

Orientação: Professora Doutora Helena Arco

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: CONTRIBUTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Maria Inês Domingues Gomes

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

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues

Arguente: Professora Doutora Sandra Maria Miranda Xavier

Orientador: Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Data: 27 de Julho de 2020

Agradecimentos

Agradeço à Sra. Professora Helena Arco pelo apoio, conselhos e motivação. Sem ela o percurso teria sido infinitamente mais árduo.

À Sra. Enfermeira Orientadora pelo apoio, trocas de ideias e pelo entusiasmo que partilhou comigo nos cuidados à comunidade.

À Andreia e ao Hélder, pela amizade, pela troca de ideias, pelas discussões que nos fizeram ser melhores e pelas gargalhadas partilhadas ao longo desta caminhada.

Ao Carlos, por todos os motivos, mas sobretudo por me mostrar a minha força.

À minha mãe, que desde sempre me ensinou a importância de ser resiliente e que mesmo longe esteve sempre ao meu lado.

E por fim, mas talvez o mais importante, ao meu querido Avô João, que me ensinou a importância de estudar e do brio profissional. Ensinou-me que o suficiente era pouco para mim e a importância de ser sempre melhor pessoa e profissional. Sei que esteve sempre ao meu lado.

Resumo

Introdução: A Diabetes Mellitus é uma doença crónica cuja prevalência aumenta de forma substancial com a idade. É caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia). É uma doença que requer uma gestão adequada por parte dos utentes diabéticos. Quando a gestão é inadequada surgem complicações a vários níveis, sendo o Pé Diabético uma das complicações que representa elevada gravidade e frequência. **Objetivo:** Contribuir para a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado de forma a prevenir a úlcera de pé diabético. **Método:** Foi realizado um Projeto de Intervenção Comunitária numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do distrito de Portalegre. Este projeto foi desenvolvido atendendo à metodologia do Planeamento em Saúde e à Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Este projeto foi direcionado a pessoas com diabetes tipo2 a quem foi aplicado um questionário previamente testado e validado e foram realizadas sessões de educação para a saúde. **Resultados:** No diagnóstico da situação verificou-se défice de autocuidado e de conhecimentos sobre as boas práticas de cuidados a ter com os pés. Através de todas as atividades desenvolvidas que culminaram neste relatório de estágio, foi possível contribuir para a capacitação e promoção do autocuidado. **Conclusão:** A educação para saúde é uma estratégia eficaz para a capacitação da pessoa com diabetes.

Palavras-chave: “Pé diabético”; “Autocuidado”; “Cuidados de Enfermagem” e “Educação em Saúde”.

Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus is a chronic disease whose prevalence increases substantially with age. It is characterized by an increase in blood glucose levels (hyperglycemia). It is a disease that requires proper management by major diabetics. When management is inadequate, complications arise at various levels, the Diabetic Foot being one of the complications that represents the average and the frequency. **Objective:** To contribute to the training of people with type 2 diabetes to promote self-care in order to prevent diabetic foot ulcers. **Method:** A Community Intervention Project was carried out in a Personalized Health Care Unit in the district of Portalegre. This project was developed for the Health Planning methodology and Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory. This project was aimed at people with type 2 diabetes and to

whom it was applied in a previously tested and validated questionnaire and health education sessions were held. **Results:** no diagnosis of the situation revealed a deficit in self-care and knowledge about good foot care practices. Through all the activities developed that culminated in this report, it was possible to contribute to the training and promotion of self-care. **Conclusion:** Health education is an effective strategy for training people with diabetes.

Keywords: "Diabetic foot"; "Self-care"; "Nursing Care" and "Health Education".

Abreviaturas e Símbolos

AGJ – Anomalia da Glicemia de jejum

APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DM1 - Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DG - Diabetes Gestacional

EAM - Enfarte agudo do miocárdio

HbA1c – Hemoglobina Glicada

IMC - Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PND - Programa Nacional para a Diabetes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia

TDG – Tolerância diminuída à glicose

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

USF - Unidades de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 DIABETES.....	15
1.1.1 As complicações da Diabetes	18
1.1.2 O Pé Diabético	21
1.2 DIABETES – INTERVENÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	24
1.3 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO PÉ DIABÉTICO.....	26
1.4 A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO - DE DOROTHEA OREM.....	27
2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	30
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO DE PORTALEGRE.....	31
2.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO.....	31
2.3 ANÁLISE DE RISCO.....	32
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	33
2.5 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	34
2.5.1 Apresentação e Análise dos Resultados	36
2.6 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	47
2.7 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	49
2.8 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	50
2.9 PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	52
2.9.1 Previsão de Recursos	54
2.10 PLANEAMENTO DA MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	55
3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	67
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	80
Apêndice I – Pedido de autorização ao Diretor do Centro de Saúde.....	81
Apêndice II – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração.....	83
Apêndice III – Pedido de autorização à autora do instrumento de colheita de dados.....	89
Apêndice IV – Consentimento informado para os participantes do Projeto.....	91
Apêndice V – Folheto informativo “Prevenção do Pé Diabético”.....	95

Apêndice VI – Cronograma.....	97
Apêndice VII – Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde.....	99
Apêndice VIII – Carta Convite.....	101
Apêndice IX – Panfleto de Divulgação.....	103
Apêndice X – Avaliação da Sessão de educação para a Saúde.....	105
Apêndice XI – Resumo do Artigo Científico	107
ANEXOS.....	110
Anexo I – Autorização da Comissão de Ética da ULSNA, EPE.....	111
Anexo II – Instrumento de colheita de dados.....	115
Anexo III – “Mapa de Conversação – A diabetes e os cuidados com os Pés”.....	125

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxas brutas de mortalidade por Diabetes Mellitus (por 100 000 habitantes), por NUTS II e sexo	20
Gráfico 2 - Utentes com alta hospitalar com o diagnóstico de “pé diabético”	23
Gráfico 3 - Amputações dos membros inferiores por Diabetes.....	24
Gráfico 4 - Avaliação de risco de pé diabético nos CSP.....	25
Gráfico 5 – Índice de Massa Corporal.....	38
Gráfico 6 – Risco para o desenvolvimento de úlceras.....	39
Gráfico 7 – Doenças existentes previamente.....	40
Gráfico 8 – Observação da planta dos pés I.....	41
Gráfico 9 – Observação do espaço interdigital I.....	41
Gráfico 10 – Frequência de Lavagem dos pés.....	42
Gráfico 11 – Autocuidado aos pés I.....	42
Gráfico 12 – Autocuidados aos pés II.....	43
Gráfico 13 – Cuidados com os sapatos I.....	43
Gráfico 14 - Autocuidado – Resolução de Problemas I.....	43
Gráfico 15 – Informação fornecida aos utentes nos últimos 12 meses.....	45
Gráfico 16 – Nível de informação sentida pelos utentes I.....	46
Gráfico 17 – Obstáculos sentidos nos cuidados aos pés I.....	47
Gráfico 18 – Observação da planta dos pés II.....	58
Gráfico 19 – Observação do espaço interdigital II.....	58
Gráfico 20 – Frequência da lavagem dos pés II.....	59
Gráfico 21 – Autocuidado aos pés III.....	59
Gráfico 22 – Autocuidado aos pés IV.....	60
Gráfico 23 – Cuidados com os sapatos II.....	61
Gráfico 24 – Autocuidado – Resolução de Problemas II.....	61
Gráfico 25 – Nível de informação sentida pelos utentes II.....	64
Gráfico 26 – Obstáculos sentidos nos cuidados aos pés II.....	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Utentes com Diabetes com registo de observação do pé nos CSP.....	25
Tabela 2 -Critérios de Inclusão e Exclusão da amostra.....	35
Tabela 3 – Caracterização da Amostra I.....	37
Tabela 4 – Caracterização da Amostra II.....	39
Tabela 5 – Definição das estratégias/intervenções.....	51
Tabela 6 – Especificação das atividades.....	52
Tabela 7 – Estimativa de recursos.....	54
Tabela 8 – Indicadores de Processo.....	56
Tabela 9 – Avaliação dos indicadores.....	57
Tabela 10 – Melhoria do Autocuidado.....	62
Tabela 11 – Avaliação das sessões de educação para a saúde.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Análise SWOT.....33

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolveu-se o presente relatório de estágio que documenta o projeto de intervenção comunitária e todas as atividades desenvolvidas durante os estágios realizados numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), no distrito de Portalegre, durante Junho de 2019 e Janeiro de 2020.

Após reunião informal, os informantes chave desta UCSP identificaram a necessidade de intervir na Diabetes Mellitus (DM), mais concretamente na prevenção do Pé Diabético como necessidade de saúde. Assim, considerou-se que seria uma área interessante para desenvolver um projeto de intervenção comunitária, por existir um número acentuado de utentes diabéticos a frequentarem a consulta de Enfermagem de Diabetes e que mostravam necessitar de aprofundar os conhecimentos sobre o autocuidado relativamente aos seus pés.

Neste sentido surge o título deste Projeto “Prevenção do pé diabético: Contributo da consulta de enfermagem”, uma vez que o termo *Consulta de Enfermagem* surge no *Sclinic*, programa informático utilizado nesta UCSP.

Nos últimos anos, tem-se assistido ao aumento da longevidade muitas vezes acompanhada do declínio de saúde, o que trouxe novos desafios em saúde e consequências negativas para a pessoa e para a sociedade, podendo acarretar problemas de Saúde Pública. Os problemas de saúde que mais acometem as pessoas mais velhas são as doenças crónicas, nomeadamente as doenças não transmissíveis. Estas doenças podem ser prevenidas ou retardadas através da adoção de comportamentos saudáveis. No entanto, se a doença já existir, pode ser controlada de forma eficaz se for detetada precocemente e se a pessoa tiver o apoio adequado na sua doença pode viver uma vida digna (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015).

A DM é uma doença crónica, trazendo condicionantes graves para a saúde e bem-estar individual, acarretando altos custos sociais e aos sistemas de saúde. A prevalência da DM tem aumentado, sendo considerada pela OMS como a pandemia do século XXI. Em 1980 a prevalência mundial era de 4,7% na população adulta sendo atualmente de 8,5%. As previsões são de que nos

próximos 20 anos, pode atingir mais de 20% da população mundial. (Programa Nacional para a Diabetes [PND], 2017)

Em Portugal a prevalência da DM na população residente com idades entre os 25 e 74 anos, é de 9,8%, sendo que a média europeia é de 9,1%. Nas faixas etárias mais envelhecidas (entre os 65-74 anos) a prevalência é de 23,8%. Assim sendo, é muito importante incidir sobre a prevenção e diagnóstico precoce da DM e neste contexto os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm realizado um trabalho destaque (OMS, 2015).

Um das complicações crónicas da DM é o pé diabético, que não sendo tratado de forma adequada pode evoluir para uma amputação (PND, 2017), tornando-se assim responsável por elevados graus de incapacidade e pela diminuição da qualidade de vida das pessoas, sendo por isso importante fazer uma avaliação regular do risco de forma a prevenir complicações.

O PND (2017) definiu como objetivos a atingir nas suas metas de Saúde a 2020 a diminuição do número de amputações major por pé diabético; a participação em projetos/programas de prevenção da doença e promoção da saúde; a promoção de boas práticas no tratamento da DM e a redução das hospitalizações por complicações da DM.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste projeto foi a Metodologia do Planeamento em Saúde. Esta metodologia permite compreender as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade e a partir destas necessidades, estabelecer prioridades e selecionar estratégias e posteriormente avaliar os resultados obtidos. Na referida metodologia existe um processo contínuo de interação entre o enfermeiro, a comunidade e os seus recursos. Neste contexto foi realizado um projeto de intervenção comunitária com o título “Prevenção do pé diabético: Contributo da consulta de enfermagem”, que tem como finalidade contribuir para a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado e desta forma prevenir as lesões nos pés.

Como objetivo geral para o presente projeto definiu-se: contribuir para a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado de forma a prevenir a úlcera de pé diabético. Como objetivos específicos definiu-se: aumentar os conhecimentos que os Utentes com Diabetes têm sobre o autocuidado com os pés e avaliar a importância que os Utentes diabéticos dão ao autocuidado com os pés.

O objetivo do presente relatório de estágio passa por descrever, documentar e fazer uma reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio da especialidade de enfermagem comunitária e de saúde pública atendendo às competências específicas desta especialidade definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Como população-alvo para este projeto definiu-se que seriam os utentes que constam na lista de utentes da consulta de enfermagem de diabetes da UCSP onde se desenvolveu o estágio. Uma vez que o número de indivíduos que consta nesta lista é elevado, optou-se por seleccionar indivíduos que corresponderam a critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, criando assim uma amostra intencional.

Na fase do diagnóstico de situação, o instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário que já havia sido previamente testado e para o qual foi obtida autorização da autora do mesmo. Este questionário foi utilizado em indivíduos com as mesmas características que as pretendidas. Nesta fase, compreenderam-se défices no autocuidado aos pés e nos conhecimentos e assim sendo foram delineadas estratégias de intervenção e planeadas intervenções, como forma a atuar junto da população e evitar o aparecimento de lesões nos pés inerentes à diabetes.

O referido projeto foi desenvolvido durante o estágio final tendo sido um momento privilegiado para a aquisição das competências práticas na área de enfermagem comunitária. Este relatório pretende ainda descrever e promover uma reflexão acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, atendendo as competências específicas da especialidade de enfermagem comunitária e de saúde pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros e atendendo às competências para a aquisição do grau de Mestre.

O presente relatório está organizado da seguinte forma: inicialmente será realizado um Enquadramento teórico onde serão explicados alguns conceitos importantes sobre a temática. Posteriormente será apresentado o Enquadramento prático onde será feito o diagnóstico da situação, a caracterização do distrito de Portalegre e do local de intervenção, serão apresentados e discutidos os nossos resultados e será feita a determinação de prioridades. Posteriormente são fixados os objetivos do projeto, são seleccionadas estratégias para os atingir e é feita a avaliação dos mesmos. De seguida, será feita uma reflexão sobre a aquisição de competências. Por fim serão apresentadas as conclusões finais.

Para a elaboração deste trabalho utilizaram-se as normas da American Psychological Association, 6ª edição.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo vão ser abordados alguns aspetos importantes para o desenvolvimento do projeto, como forma a contextualizar o tema. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica atendendo às evidências atuais sobre a DM, as suas complicações e mais especificamente as complicações relacionadas com o pé.

1.1 DIABETES

A DM é uma doença crónica cuja prevalência aumenta de forma substancial com a idade, atingindo todos os sexos e idades. Caracteriza-se pelo aumento dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia) cuja causa pode ser a insuficiente produção de insulina, a insuficiente ação da insulina ou a combinação destes dois fatores (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2016).

Atendendo à Norma da Direcção Geral de Saúde (DGS) N.º 2/2011, o critério de diagnóstico da diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores:

- “a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.” (DGS, 2011a:1)

A Hiperglicemia Intermédia surge quando os indivíduos apresentam níveis de glicose elevados no sangue, sem serem suficientemente elevados para serem classificados como DM. As pessoas com Hiperglicemia Intermédia podem ter Anomalia da Glicemia em Jejum ou Tolerância Diminuída à Glicose ou ambas as condições simultaneamente (SPD, 2016).

Atendendo a Norma DGS N.º 002/2011, os critérios de diagnóstico da Hiperglicemia Intermédia ou de identificação de categorias de risco aumentado para DM são os seguintes:

- “a) Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $< 7,0$ mmol/l);

b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $< 11,1$ mmol/l).” (DGS, 2011a:1).

Foi estabelecida a existência de quatro tipos de DM, etiologicamente distintos: Diabetes tipo 1 (DM1); Diabetes tipo 2 (DM2); Diabetes gestacional (DG) e outros tipos específicos de diabetes (DGS, 2011a).

A DM1 tem geralmente uma causa autoimune, havendo a destruição das células β que produzem insulina do pâncreas pelo sistema de defesa do organismo. Estas células passam assim a produzir pouca ou nenhuma insulina, a hormona que permite que a glicose entre nas células do corpo (SPD, 2016). Quando a destruição da célula β é súbita, a cetoacidose é muitas vezes a primeira manifestação da DM1. A DM1 corresponde a 5-10% de todos os casos de DM e é habitualmente mais comum na infância e adolescência (DGS, 2011a). As pessoas com DM 1 necessitam da administração de insulina e têm como sintomas típicos de descompensação uma sede anormal e sensação de secura de boca; micções frequentes; cansaço/falta de energia; fome constante; perda de peso súbita; feridas de cura lenta; infeções recorrentes e visão turva (SPD, 2016).

A DM2 ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida. O diagnóstico surge habitualmente após os 40 anos de idade (SPD, 2016). Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de DM. É clinicamente silenciosa na maioria dos casos e muitas vezes é diagnosticada em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa (DGS, 2011a). Tem uma forte componente hereditária, mas os seus principais genes predisponentes ainda não foram identificados. São vários os fatores possíveis para o desenvolvimento da DM2: Obesidade, alimentação inadequada e inatividade física; o envelhecimento; a resistência à insulina; história familiar de DM; ambiente intrauterino deficitário e a etnia (SPD, 2016).

As pessoas com DM2 não são dependentes da administração de insulina, mas podem necessitar de insulina para o controlo da hiperglicemia se não o conseguirem através da dieta associada a antidiabéticos orais. É de relevar que o aumento da prevalência da DM 2 está associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização e sobretudo a padrões comportamentais (SPD, 2016).

A DG caracteriza-se por qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose verificada pela primeira vez durante a gravidez, podendo ter como resultados a macrossomia, o traumatismo de parto, a hipoglicemia e a icterícia. As mulheres que tiveram DG apresentam um risco aumentado

de desenvolver DM2 posteriormente. A DG está também associada a um risco aumentado de obesidade e de perturbações do metabolismo da glicose durante a infância e a vida adulta (SPD, 2016).

Os outros tipos específicos de DM correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado (defeitos genéticos da célula β ; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas exócrino; endocrinopatias diversas e DM induzida por químicos ou fármacos (DGS, 2011a).

A DM é uma doença passível de controlar e de tratar, no entanto este controlo exige esforço por parte da pessoa diabética, uma vez que incide não só pela administração de terapêutica, mas também pelas mudanças comportamentais. O método tradicional para se saber se a doença está controlada é através de testes de glicemia capilar realizados diariamente e várias vezes ao dia, antes e depois das refeições. Outro método realizado e mais global é a determinação da HbA1c, através de uma análise ao sangue que permite uma visão global de como está a compensação da DM nos últimos três meses (SPD, 2016).

É também muito importante para o tratamento da DM a capacitação da pessoa diabética, através da educação onde está englobada a autovigilância e o autocontrolo da doença. O bom controlo da diabetes resulta, assim, da conjugação destes três fatores: alimentação, exercício físico e administração terapêutica adequada.

No mundo estima-se que existam 415 milhões de pessoas com DM. A tendência é que este valor aumente e por isso mesmo estima-se que em 2040 haverá no mundo inteiro 642 milhões de pessoas com DM. Prevê-se que existam 192 milhões de pessoas no mundo com DM que desconhecem que possuem a doença, tendo esta provocado 5 milhões de mortes em 2015 (SPD, 2016). Na Europa, em 2015, existiam 59,8 milhões de pessoas com DM, em 2040 prevê-se que esse valor suba para 71,1 milhões (DGS, 2017).

Em Portugal, no ano de 2015 a prevalência total estimada da DM na população com idades entre os 20 e os 79 anos, foi de 13,3%. Destes 13,3% considera-se que 7,5% refere-se à prevalência de DM diagnosticada e 5,8% a prevalência da DM não diagnosticada. Estes valores são preocupantes atendendo ao facto que a prevalência total tem vindo a aumentar. Fracionando a prevalência total de 13,3% em 2015, em classes etárias, relativamente a faixa entre os 20-39 anos temos uma prevalência de 2%, entre os 40-59 anos surge uma prevalência de 12,7% e entre os 60-79 anos observa-se uma prevalência de 27% (SPD, 2016). Compreende-se assim, que à medida que a idade aumenta, verifica-se um aumento substancial do número de indivíduos com DM.

Relativamente à incidência da DM, em Portugal, observa-se um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados anualmente, sendo que em 2015 o número de novos casos por cada 100 000 indivíduos era de 591.5 casos (SPD, 2016).

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016) esta tem uma prevalência superior nos homens, relativamente às mulheres, em todas as faixas etárias (SPD, 2016).

Relativamente às regiões do país, compreende-se que o Alentejo é a região do país com maior taxa bruta prevalência de DM (DGS, 2017).

A DM é uma doença que acarreta elevados custos económicos, sendo possível compreender que é no Alentejo que existe o custo mais elevado per capita por habitante de insulinas e antidiabéticos (29€), estando acima da média nacional (26,5€). Em 2015, a DM, representou 1% do PIB português e 12% da despesa em saúde (SPD, 2016).

Perante a dimensão de todos estes dados compreende-se que é prioritário a intervenção na DM e nas suas complicações quando a doença já existe, pelo elevado custo social e económico que a doença acarreta.

1.1.1 As complicações da Diabetes

A saúde é um fator que facilita a integração e coesão social e uma população saudável gera riqueza e bem-estar. Embora a pessoa diabética consiga ter uma vida normal, uma DM mal controlada gera complicações, que podem condicionar a qualidade de vida das pessoas.

As pessoas com DM podem desenvolver uma série de complicações crônicas em vários órgãos do corpo humano que decorrem principalmente do controle inadequado, do tempo de evolução da doença e de fatores genéticos.

A constância de um nível elevado de glicose no sangue resulta em lesões nos tecidos. As mais importantes e fatais complicações da DM manifestam-se nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, sendo a DM a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores (SPD, 2016).

Cerca de 40% das pessoas com DM vêm a ter complicações tardias que evoluem de forma silenciosa e muitas vezes já estão instaladas quando são detetadas (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP], 2019). Estas podem ser vasculares ou não vasculares (gastro paresia, alterações dermatológicas e uma maior predisposição para infeções cutâneas, tuberculose, pneumonia e pielonefrite). As vasculares, de um modo geral estas podem dividir-se em:

- Microvasculares (lesões dos vasos sanguíneos pequenos): retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia diabética;
- Macrovasculares (lesões dos vasos sanguíneos grandes): Enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica (Tschiedel, 2014).

O risco de morte devido a complicações vasculares é três vezes maior nas pessoas com DM do que na restante população com doenças cardiovasculares, sendo responsáveis por até 80% dos óbitos em portadores de DM.

Relativamente às complicações microvasculares, a Nefropatia Diabética afeta 20% a 30% das pessoas com DM1 ou DM2, sendo responsável por aproximadamente metade dos novos casos de insuficiência renal nos indivíduos em diálise e tendo sido associada a aumento significativo da mortalidade. A presença de pequenas quantidades de albumina na urina representa o estágio inicial da nefropatia diabética e a fase terminal é a insuficiência renal, podendo haver a necessidade de diálise ou transplante renal (Tschiedel, 2014). Atendendo a estes dados epidemiológicos compreende-se a fragilidade das pessoas portadoras de diabetes e torna-se primordial atuar na prevenção das complicações.

A retinopatia diabética é a principal causa de novos casos de cegueira em pessoas com DM entre os 20 e os 74 anos, sendo mais comum no DM1 e sua incidência está fortemente relacionada à duração da DM, aumentando a sua prevalência à medida que aumenta o número de anos do diagnóstico. Na DM2 está presente em 21% dos indivíduos recém-diagnosticados e pode atingir 60% dos pacientes após 20 anos de doença (Tschiedel, 2014). Esta é uma das principais causas de cegueira evitável nos adultos. Desta forma, compreende-se que o número de anos de diagnóstico de diabetes é proporcional às complicações relacionadas com a diabetes.

A neuropatia diabética é a complicação tardia mais frequente da DM e pode ser evidenciada na DM2, muitas vezes no momento do diagnóstico, enquanto no DM1 geralmente aparece cinco anos ou mais após diagnóstico. Das complicações crônicas microvasculares, o comprometimento do sistema nervoso periférico é uma das manifestações clínicas mais frequentes, afetando entre 40% e 50% dos indivíduos com DM2 (Tschiedel, 2014).

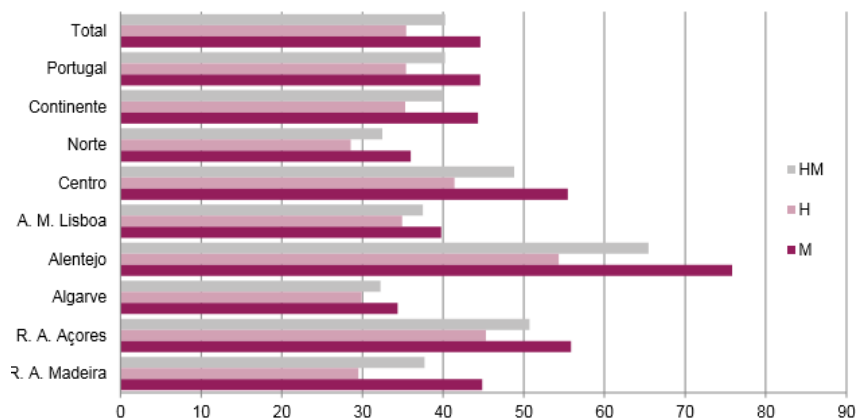
As complicações crônicas macrovasculares da DM, atingem o coração (enfarte agudo do miocárdio), o cérebro (acidente vascular cerebral) e os membros inferiores (doença vascular periférica) e manifestam-se tanto em pessoas com DM1 e DM2. A hiperglicemia, a hipertensão arterial, a dislipidemia e o tabagismo aumentam o risco de doenças macrovasculares nas pessoas diabéticas (Tschiedel, 2014).

Existe um grupo de fatores de risco que tornam as pessoas mais suscetíveis ao aparecimento de complicações crônicas sendo eles a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, o mau controlo das glicémias e o tabagismo (APDP, 2010). Quando contrariam estes fatores de risco contribuem para a prevenção de complicações e ao mesmo tempo retardam a progressão da doença.

A DM tem um impacto significativo no número de anos potenciais de vida sendo que em 2014, a DM levou a perda de cerca de oito anos e meio de vida por cada óbito na população com idade inferior a 70 anos. Importa ainda salientar que a DM originou 4,0% das mortes ocorridas em 2015 (SPD, 2016). Em 2017, verificaram-se no país um total de 4 147 mortes devido a DM (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019).

O Alentejo é a região do país que apresenta a maior prevalência de óbitos por DM, apresentando valores consideravelmente altos quando comparado com as restantes zonas do país, tal pode ser verificado no gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Taxas brutas de mortalidade por DM (por 100 000 habitantes) – 2017



Fonte: INE, 2019

Relativamente aos internamentos hospitalares, em Portugal, o número de indivíduos internados, em internamentos inferiores a 24 horas, em que a DM surge como diagnóstico principal apresenta um crescimento acentuado sendo que quadruplicou entre 2009 e 2015 (SPD, 2016).

Em 1989, Portugal foi um dos países que assinou a Declaração de St. Vincent, comprometendo-se assim a atingir os objetivos da Declaração que passavam por reduzir as principais complicações da diabetes: cegueira, amputações major dos membros inferiores, insuficiência renal terminal e doença coronária (DGS, 2008).

Apesar de todos os esforços ainda há um longo caminho a percorrer relativamente à prevenção das complicações da DM e à consciencialização dos indivíduos sobre os riscos que correm e a importância de mudança de comportamentos e fatores de risco. As complicações da DM descritas

anteriormente são responsáveis por elevadas incapacidades que levam à diminuição da qualidade de vida dos indivíduos e conseqüentemente causam sofrimento aos seus familiares. Ao nível económico têm custos elevados, relacionados com os cuidados de saúde, perda de rendimentos e perda de produtividade.

1.1.2 O Pé Diabético

O Pé Diabético é a complicações da DM com maior impacto, levando à perda de qualidade de vida: “O pé diabético é uma das complicações mais graves da diabetes, sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares pelas pessoas com diabetes” (DGS, 2011a:3). É ainda responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas (DGS, 2011a), podendo estas ser minor (parte do pé) ou major (ao nível da coxa, perna ou tornozelo). Sendo uma das complicações da DM responsável por elevados graus de incapacidade é essencial fazer uma avaliação regular do risco com o objetivo de prevenir intervenções futuras. Assim no ano de 2016 foram realizadas nos CSP, 786.703 avaliações de risco do pé diabético a utentes com DM (DGS, 2017).

Cerca de 25% de todas as pessoas com DM tem condições favoráveis para o aparecimento de lesões nos pés, nomeadamente pela presença de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular aterosclerótica (DGS, 2010).

Em 1987, o Pé Diabético foi dividido em 2 tipos: o Neuropático e o Isquémico, sendo estes diferenciados pela presença ou ausência de pulsos periféricos arteriais palpáveis.

A maioria das lesões no pé diabético surgem em pacientes com dois ou mais fatores de risco, sendo que a neuropatia periférica desempenhando papel central no surgimento destas lesões. A neuropatia leva a um pé insensível e por vezes deformado, tendo um padrão de caminhada anormal. Nas pessoas com neuropatia, pequenos traumatismos causados por sapatos inadequados, andar descalço ou alguma lesão aguda podem levar à ulceração do pé. A perda da sensibilidade, as deformidades nos pés e a mobilidade articular limitada podem resultar em uma carga biomecânica anormal do pé que produz alta pressão em algumas áreas, às quais o corpo responde com a pele espessa (calo). Este aumento adicional da carga anormal, geralmente com hemorragia subcutânea pode conduzir à ulceração (Schaper, Netten, Apelqvist, Lipsky & Bakker, 2016).

O pé neuropático apresenta um ou dois pulsos palpáveis (pedioso e/ou tibial posterior). O diagnóstico de pé neuropático centra-se na perda de sensibilidade plantar à pressão. Um pé classificado como neuropático por anos, pode passar a ser classificado irreversivelmente de Isquémico, quando a aterosclerose o afetar e perder os pulsos arteriais, surgindo assim o Pé Neuroisquémico. A maioria das úlceras nos pés têm causas neuroisquémicas (Leite, 2010 & Schaper, Netten, Apelqvist, Lipsky, Bakker, 2016).

O Pé Isquémico, sem neuropatia associada, é raro no doente diabético. As características deste tipo de pé são: pé frio; pele fina e brilhante; pálido quando elevado e cianosado em declive; doloroso; pulsos diminuídos ou ausentes e aumento do tempo de enchimento capilar (APDP, 2010).

As lesões do Pé Diabético surgem da insensibilidade provocada pela neuropatia sensitivomotora e/ou da isquemia provocada pelas lesões de aterosclerose nos membros inferiores. As lesões do Pé Neuropático curam, na maior parte dos casos, quando submetidas a um tratamento adequado. O prognóstico do Pé Neuroisquémico depende já do restabelecimento da circulação sanguínea (DGS, 2010).

A DGS tem tomado várias medidas para prevenir o Pé Diabético, uma delas foi a “Norma nº 005/2011 - Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético”, que determinou que todas as pessoas com DM devem ser avaliadas anualmente com o objetivo de serem identificados fatores de risco condicionantes de lesões dos pés, tendo sido terminados os seguintes critérios para o exame ao pé: a identificação de fatores de risco condicionantes de lesões dos pés; à identificação de sinais de neuropatia e/ou isquemia; à inspeção de calçado e meias e à estratificação do seu risco de ulceração (DGS, 2011b). O risco de ulceração deverá sempre ser registado no *SClínico*. A mesma Norma determinou ainda que o exame clínico dos pés das pessoas com DM determina a sua classificação numa das seguintes categorias de risco de ulceração:

- Baixo risco: Ausência de fatores de risco - deverá manter-se uma vigilância anual;
- Médio risco: Presença de neuropatia - deverá manter-se uma vigilância semestral;
- Alto risco: Existência de isquemia ou neuropatia com deformidades do pé, ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia. Mantém vigilância a cada 1/3 meses (DGS, 2011b).

Foram ainda propostos três níveis de cuidados de saúde, constituindo uma equipa do Pé Diabético. Os níveis de cuidados são determinados pela diversidade de profissionais de saúde que constituem as equipas e pelos objetivos a que se propõem.

A Norma nº 003/2011 da DGS, com o título “Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético” definiu que a prevenção do Pé Diabético passa pela:

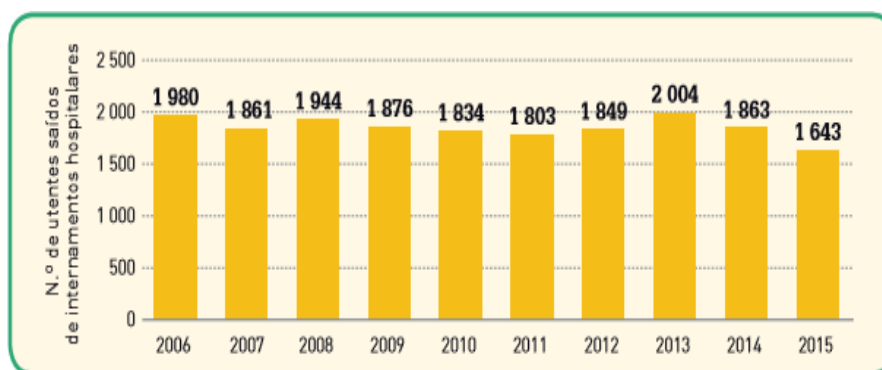
a) Educação das pessoas com DM e dos familiares: os cuidados a ter com os pés, o conhecimento dos agentes agressores, o calçado adequado e a remoção de calosidades. A prevenção também passa pela formação dos profissionais de saúde;

b) Utilização de meias e calçado, adequados. As calosidades ou ulcerações são na maioria das vezes consequência do traumatismo continuado do calçado. A confirmação das alterações sensitivas, deverá ser efetuada pesquisando a sensibilidade à pressão com o monofilamento de 10 g de Semmes-Weinstein e pelo menos mais uma sensibilidade, como a sensibilidade vibratória (uso de diapasão de 128 Hz) ou a sensibilidade tátil (uso de algodão), ou a pesquisa de reflexos patelares e aquilianos. O teste do monofilamento de 10 g de Semmes-Weinstein é utilizado como marcador de risco de ulceração (DGS, 2011c).

A mesma norma refere ainda o tratamento a realizar, consoante os profissionais de saúde estejam perante uma lesão não ulcerada ou uma lesão ulcerada.

Relativamente ao Pé Diabético, compreende-se que embora os internamentos estejam a diminuir nos últimos anos, os valores ainda continuam elevados, tendo em 2015 registado 1643 utentes saídos de internamento hospitalar com o diagnóstico de pé diabético, tal pode ser observado no gráfico abaixo:

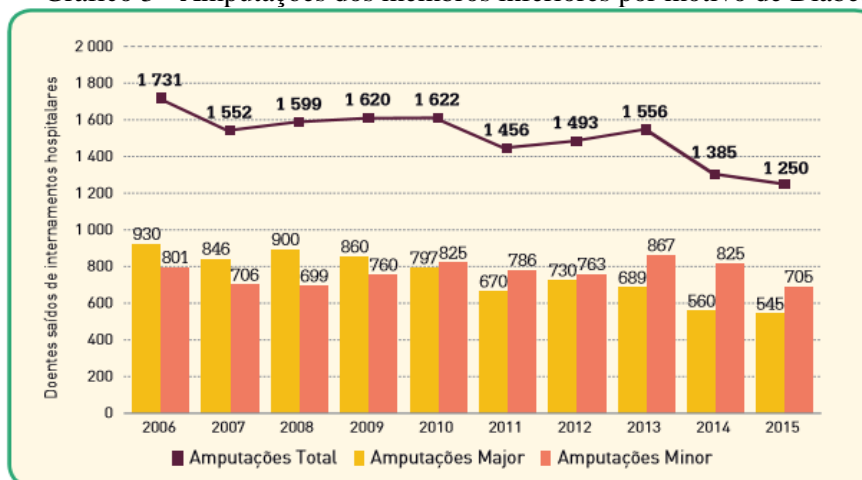
Gráfico 2 - Utentes saídos (internamentos hospitalares) por “pé diabético”



Fonte: SPD, 2016

Relativamente ao número total de amputações dos membros inferiores, por motivo de DM este tem vindo a diminuir progressivamente, sendo que o valor das amputações minor têm sido superiores às amputações major. Tal pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 3 - Amputações dos membros inferiores por motivo de Diabetes



Fonte: SPD, 2016

Estes valores podem ser justificados com o investimento por parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nesta área, uma vez que foram implementadas várias normas no sentido de prevenir o Pé Diabético.

Os últimos dados, revelam que relativamente à região do Alentejo, observou-se que o número de utentes saídos de internamentos hospitalares por pé diabético foi de 26,3 por cada 100 000 habitantes. Relativamente às amputações minor observou-se 9,9 amputações por cada 100 000 habitantes e 11,4 amputações major por cada 100 000 habitantes (SPD, 2016).

Atendendo a todos estes dados, que nos confirmam que Portugal é um dos países da Europa com maior prevalência de DM e que o Alentejo apresenta uma das maiores prevalências de DM e a maior Taxa Bruta de Mortalidade por DM do país, confirma-se a necessidade de atuar nesta área.

1.2 DIABETES – INTERVENÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e os hábitos associados aos novos estilos de vida trouxeram novos desafios aos serviços de saúde, ao nível dos cuidados, da promoção da saúde e da prevenção da doença. Assim sendo, a Saúde Pública surge enquanto área de intervenção capaz de dar resposta à profunda mudança que o país enfrenta, tendo sido necessário a adaptação de novas abordagens e intervenções em saúde, que se refletem na criação de programas prioritários de saúde (Ministério da Saúde [MS], 2018).

Os CSP têm um papel relevante ao nível do diagnóstico, controlo e prevenção das complicações inerentes à DM. Se existir um controlo adequado da DM previne-se possíveis idas às urgências dos hospitais e potenciais internamentos hospitalares.

Os CSP apresentam uma dimensão de saúde pública por serem a porta de acesso ao SNS, pela proximidade e continuidade dos cuidados que proporcionam e pelo seu papel na prevenção doença. Atendendo a estas características podemos considerar que os CSP são essenciais na melhoria da saúde da população (Santos *et al*, 2018).

Em 2015, na Rede de Cuidados de Saúde Primários estavam registados 846 955 utentes com DM, (dos quais 55,4% nas UCSP e 44,6% nas Unidades de Saúde Familiar (USF)), em 12 470 910 utentes registados. Nesse mesmo ano o número de utentes com DM que utilizou os serviços dos CSP, com pelo menos uma consulta registada, foi de 681 685 (SPD, 2016).

Relativamente aos Utentes com DM com registo de observação do pé, compreende-se que a região do Alentejo é a segunda região com valores mais elevados, quando comparados com outras regiões do país. Tal pode ser observado na tabela abaixo:

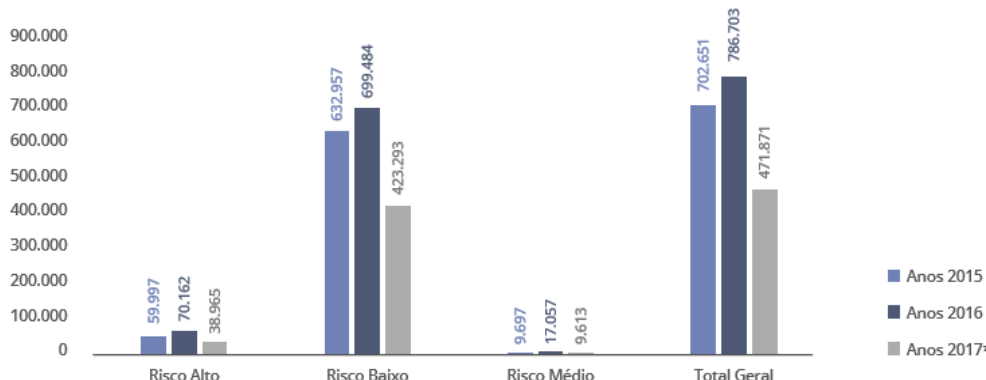
Tabela 1 - Utentes com Diabetes com registo de observação do pé nos CSP– 2015.

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	SNS
UCSP	65,6%	56,0%	37,4%	68,3%	40,6%	53,6%
USF	92,1%	86,1%	82,3%	81,2%	77,2%	87,6%
SNS	83,7%	64,5%	63,1%	72,2%	50,3%	71,5%

Fonte: SPD, 2016

Como já foi referido anteriormente, o SNS tem apostado na prevenção e tratamento da DM e das suas complicações, sendo atualmente obrigatória a monitorização e o registo do risco de pé diabético nos CSP, tal pode ser observado no gráfico abaixo (no ano de 2017, os valores são apenas do 1º semestre do ano):

Gráfico 4 - Número de avaliações de risco de pé diabético registado nos CSP, por grau de risco



Fonte: DGS, 2017

Analisando toda esta informação compreende-se a importância dos CSP e o investimento que tem sido feito, para a prevenção e promoção de saúde, relativamente não só à DM mas também ao pé diabético, no entanto importa salientar que é importante continuar a investir nesta área.

1.3 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO PÉ DIABÉTICO

A educação da pessoa com DM é a base para a prevenção de lesões e inerentemente de amputações por Pé Diabético: “(...) a educação deve fazer-se gradualmente, mobilizando os conteúdos com criatividade e com a participação activa das pessoas a quem se dirige; deve ser baseada em necessidades reais e ter objectivos atingíveis, ser alvo de uma avaliação constante (...)” (APDP, 2010: 63). Deve ainda ser um processo contínuo e que possa ser adequado às transformações que a pessoa com DM vai sofrendo ao longo da evolução da doença.

Quando se faz ensino às pessoas cuja base é o autocuidado e a gestão da sua doença, estamos a capacitar os cidadãos para o autocuidado: “Fazendo da capacitação dos cidadãos uma prioridade, a promoção da saúde e a prevenção da doença são dois eixos fundamentais e transversais a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.” (Fernandes, 2018:5).

É nosso dever, enquanto Enfermeiros continuar a trabalhar para proteger e melhorar a saúde dos cidadãos e das comunidades, garantindo através da adoção de diversas estratégias, a maximização dos ganhos em saúde da população, para um futuro mais saudável, contribuindo para um país mais desenvolvido e mais feliz (MS, 2018).

Os cuidados essenciais aos pés, que se traduzem na observação e cuidados de higiene diários, devem ser ensinados à pessoa diabética que depois deverá pôr em prática no seu autocuidado:

- Devem ser observados diariamente os pés e os espaços interdigitais. Devem ser procuradas manchas, gretas, feridas, calosidades, verificar alterações nas unhas e de temperatura. Deve ser feito ao final do dia quando a pessoa se descalça e pode ser utilizado um espelho. Se a pessoas com Diabetes não conseguir inspecionar os seus pés, deve ser determinada outra pessoa que o faça. As pessoas devem ser ensinadas a procurar ajuda profissional caso observem alguma alteração;
- A lavagem dos pés deve ser diária e de preferência ao final do dia. Deve ser utilizado um sabonete hidratante e água tépida (abaixo dos 37°C) corrente. Os pés nunca devem ficar muito tempo em contacto com a água. A aplicação de vinagre está aconselhada em pessoas com infeções fúngicas ao nível das unhas ou da pele dos pés;
- Para a secagem dos pés deve ser usada uma toalha clara de algodão, sem friccionar a pele e deve ter se em atenção os espaços interdigitais;
- Deve ser ensinado a pessoa com DM a utilizar diariamente um creme hidratante e não gordo. Deve ser aplicado desde a raiz dos dedos até aos joelhos;

- O ensino do corte correto das unhas é também de elevada importância, devido à falta de sensibilidade e diminuição da acuidade visual. O ideal é utilizar uma lima de cartão, uma ou duas vezes por semana. As unhas devem ser limadas na extremidade e a direito;
- Para a remoção das calosidades não se devem usar calçadas nem objetos cortantes. Devem usar-se lixas de pés, pelo menos duas vezes por semana;
- Devem instruir-se as pessoas diabéticas a utilizarem meias 100% algodão ou de lã no Inverno. Devem ser brancas ou de cor clara. Não devem garrotar a perna. Nunca devem andar calçadas sem meias, ou apenas de meias;
- Deve ser ensinado que os sapatos devem ter uma biqueira larga e devem ser em pele, com atacadores ou velcros e com um salto entre os 2 e os 4 cm. A sola deve ser em borracha. Nunca devem andar descalças e devem inspecionar e palpar diariamente o interior dos sapatos;
- Devem ser instruídas a não aquecer os pés utilizando fontes de calor, como por exemplo, botijas de água ou aquecedores (APDP, 2010 & Schaper *et al.*, 2016).

Toda esta abordagem assume um papel fundamental uma vez que previnem o aparecimento de lesões e consequentemente de amputações. Deve-se incidir nestes ensinamentos em todas as consultas, como forma a reforçar os conhecimentos.

Assim sendo torna-se necessário implementar estratégias educativas que estimulem a participação das pessoas. As sessões de educação para a saúde são muito importantes para a capacitação da pessoa diabética e para a mudança do seu comportamento em relação ao seu autocuidado e para que consiga gerir de forma saudável a sua doença (Ohl, Chavaglia, Gomes, Freitas & Gamba, 2019). Desta forma, a educação em saúde fornece ferramentas para que as pessoas com diabetes tenham maior autocuidado com os pés.

1.4 A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO - DE DOROTHEA OREM

A teoria em Enfermagem é considerada como um resultado da perceção da realidade, das relações entre os seus componentes, da formulação e da intercessão dos conceitos de ser humano, ambiente, saúde e cuidado de enfermagem. Tem como objetivo descrever fenómenos, explicar as relações entre estes e predizer consequências ou prescrever cuidados de enfermagem (Vítor, Lopes & Araújo, 2010).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem está assente na premissa segundo a qual todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob

sua responsabilidade (Vítor *et al.*, 2010). Esta teoria não identifica apenas o assunto da enfermagem, mas também fornece as construções de conceitos e conceitos que orientam a continuidade do desenvolvimento das ciências da enfermagem (Orem, 2001).

A educação da pessoa com diabetes deve ter por base o autocuidado, que segundo Orem (2001) é a prática de atividades que os indivíduos realizam para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. O autocuidado tem um propósito e é a ação que contribui de maneira específica para a integridade humana, o seu funcionamento e desenvolvimento. A educação da pessoa com diabetes é a base para a prevenção de lesões e inerentemente de amputações por Pé Diabético, os ensinamentos devem ser feitos de forma gradual, com criatividade e estimulando a participação ativa dos participantes.

Orem desenvolveu o seu projeto tendo por base três teorias que se relacionam, entre si: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e por fim a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Santos, Ramos & Fonseca, 2017). A teoria do sistema de enfermagem inclui a teoria do déficit de autocuidado que por sua vez inclui a teoria do autocuidado. As três teorias expressam os elementos, a sua relação e as proposições que orientam a construção de modelos, a formação de hipóteses e o esforço contínuo de desenvolvimento (Orem, 2001). Estas teorias articuladas entre elas expressam o todo que é a teoria do déficit de autocuidado. Esta teoria expressa e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem (Orem, 2001). Quando por doença, as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de autocuidado, as pessoas podem apresentar défices de cuidados, necessitando de satisfazer as suas necessidades de autocuidados de forma individual ou pedindo apoio. Uma intervenção educativa de suporte, desenvolvida com base na teoria do autocuidado de Orem, aumenta a capacidade de autocuidado do utente (Santos *et al.*, 2017). Assim sendo, a Teoria de Orem integra a necessidade de cuidados de enfermagem atendendo à incapacidade das pessoas em realizar o seu autocuidado.

Ao serem aplicadas as Teorias do Autocuidado de Orem, no ensino de enfermagem e na prestação de cuidados dos enfermeiros passa a haver uma melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados uma vez que “sendo uma combinação particular de propriedades conceptuais comuns a todas as circunstâncias de enfermagem, revela-se pertinente na orientação do conhecimento e na prática clínica, ensino e gestão de enfermagem.” (Queirós,

Vidinha & Filho, 2014:1). Ao serem compreendidas, estas teorias fornecem aos enfermeiros e estudantes de enfermagem uma visão geral do valor e da complexidade de uma teoria geral da enfermagem e as exigências impostas aos profissionais que desejam dominar a teoria e entender o significado do seu trabalho em enfermagem (Orem, 2001).

A educação da pessoa com diabetes é a base para a prevenção de lesões e inerentemente de amputações por pé diabético, os ensinamentos devem ser feitos de forma gradual, com criatividade e estimulando a participação ativa dos participantes. Neste contexto o papel do Enfermeiro é fundamental, uma vez que o Enfermeiro em conjunto com o doente pode implementar o autocuidado de forma adaptada às necessidades e limitações dos indivíduos. Assim sendo, torna-se pertinente basearmos-nos nesta teoria durante a execução do nosso Projeto de Intervenção.

2 – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Para a realização deste projeto escolheu-se a metodologia de Planeamento em Saúde, que é definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio - económicos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 23).

Ao fazer Planeamento em Saúde devem conseguir-se prever os recursos e serviços que vão ser necessários para atingir os objetivos que foram determinados através da priorização, sendo assim possível escolher, atendendo aos constrangimentos atuais ou os passíveis de prever no futuro, a solução ou as soluções melhores entre as diversas alternativas (Tavares, 1990).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) é da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública promover a Educação para a Saúde, uma vez que este: “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2018: 19354). A Educação para a Saúde constitui uma estratégia de promoção de saúde passando do plano teórico para o prático através do desenvolvimento de ações, através das quais o indivíduo toma decisões conscientes sobre as escolhas mais saudáveis, é estimulado a interagir com a sua comunidade, promove ações para uma vida saudável e participa ativamente no processo educativo. A Educação para a Saúde promove a literacia em saúde e a atividade educativa tem como principais finalidades: aumentar a consciencialização das comunidades sobre as questões da saúde dos seus membros, colocar as questões da saúde na agenda das pessoas, contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências e promover atitudes favoráveis à saúde e à promoção de valores de bem-estar (Queiroz, 2011).

Atendendo a isto, tornou-se pertinente escolher esta metodologia para a realização de um projeto de intervenção comunitária, em que após ter sido feito um diagnóstico de saúde onde foram verificadas as problemáticas da população, foram definidos objetivos e realizadas sessões de educação para a saúde como forma a capacitar a nossa amostra para a adoção de praticas e comportamentos que lhes sejam benéficos. Assegurando a realização de todos os passos do Planeamento em Saúde consegue-se atingir o nosso objetivo final.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO DE PORTALEGRE

O distrito de Portalegre encontra-se no Alto Alentejo e é constituído por 15 municípios: Alter do Chão, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Arronches, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre e Sousel, tendo uma área total de 6084km². O Município de Portalegre localiza-se entre a planície e a montanha estando grande parte do seu território integrada no Parque Natural da Serra de S. Mamede. É composto por sete freguesias sendo uma urbana (Sé e São Lourenço) e seis rurais (Alagoa, Alegrete, Fortios, Urra, União das Freguesias de Reguengo e S. Julião e União das Freguesias de Ribeira de Nisa e Carreiras), ocupando uma superfície de 447 km² (PORDATA, 2019).

A 31 de dezembro de 2017, a população residente no Alto Alentejo, era de 107.057 pessoas (densidade populacional de 17,6 habitantes/km²), das quais 22.627 era população residente no Município de Portalegre (PORDATA, 2019). Esta população tem uma proporção de jovens baixa e alta de idosos. Existe uma baixa natalidade e uma esperança média de vida elevada. Conclui-se assim, que a população do Município de Portalegre encontra-se a envelhecer progressivamente.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO

No dia 1 de março de 2007, pelo Decreto-lei n.º 50-B/2007, 28 de fevereiro de 2007, deu-se a criação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. (ULSNA), sendo uma entidade jurídica que presta cuidados de assistência de saúde primários e diferenciados, substituindo assim os cuidados prestados pelo Hospital Dr. José Maria Grande, o Hospital de Santa Luzia e por todos os centros de saúde pertencentes ao distrito de Portalegre (MS, 2007).

A ULSNA, E.P.E. tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde primários e secundários, realizar reabilitação, prestar cuidados integrados e paliativos, a toda a população abrangida pelo distrito de Portalegre. É constituída pelo Hospital Dr. José Maria Grande (em Portalegre) e pelo Hospital de Santa Luzia (em Elvas) e pelo Agrupamento de Centros de Saúde de S. Mamede.

O Centro de Saúde onde foi desenvolvido este projeto, está integrado no ACES S. Mamede e integra as seguintes duas unidades funcionais: uma UCSP e uma UCC (Unidade de Cuidado Continuados). Dá apoio a toda a população de quatro freguesias.

As atividades de Enfermagem desenvolvidas pela UCSP são programadas em função dos cuidados de Enfermagem necessários à resposta das necessidades dos utentes e famílias inscritos

nesta Unidade. Esta unidade desenvolve as suas atividades tendo por base os programas e projetos contemplados no Plano Nacional de Saúde. Funciona de segunda a sexta feira das 08h00 às 19h00 e aos domingos das 08h00 às 13h00.

Este Centro de Saúde conta como atividades previstas/assistenciais a Visitação Domiciliária de Enfermagem, o Plano Nacional de Vacinação, a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar, Consulta de Enfermagem de Saúde Materna, Consulta de Enfermagem Diabético, Consulta de Enfermagem Hipertenso, Ambulatório, Consulta de Enfermagem Não Presencial Follow Up + Saúde. Dos vários indicadores existentes um deles é o de proporção de Utentes com DM com registo de Úlcera do Pé.

2.3 ANÁLISE DE RISCO

Imperatori & Giraldes (1993) referem a importância de uma análise aos prováveis obstáculos ou ameaças à execução dos projetos, que podem ser relativos a recursos humanos ou materiais, meio ambiente, administrativos, legais ou financeiros.

Na análise Swot destacam-se como pontos fortes a motivação da equipa, a pertinência do tema e a estrutura física existente no Centro de Saúde, onde foram desenvolvidas as atividades. Relativamente às oportunidades destacaram-se a importância e a necessidade de intervir ao nível desta temática como forma a melhorar um indicador do Centro de Saúde. Como ameaça o risco de pouca adesão dos utentes por falta de motivação. Tal pode ser observado na figura abaixo:

Figura 1 – Análise Swot.



Fonte: Mestranda

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para dar-se início ao presente Projeto foi necessário garantir que eram cumpridos uma série de requisitos legais e éticos, tendo sido realizados e entregues, os seguintes pedidos:

- Pedido de autorização para realizar o Projeto ao Diretor do Centro de Saúde (apêndice I);
- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de administração da ULSNA (apêndice II) com parecer da respetiva comissão de Ética para a realização do presente projeto (anexo I);
- Pedido de autorização à Autora do instrumento de colheita de dados para a sua utilização (apêndice III);

- Consentimento Informado aos Utentes que preencheram o instrumento de colheita de dados (apêndice IV).

Todos os procedimentos éticos foram cumpridos e foram garantidos a confidencialidade dos dados aos utentes que consentiram participar no Projeto. A estes utentes foi-lhes fornecido um consentimento informado onde constavam os objetivos deste estudo. Este documento foi elaborado em duplicado, de modo a ser disponibilizada uma cópia ao utente.

A autorização por parte do Conselho de Administração e parecer da Comissão de Ética da ULSNA, E.P.E. para a realização do presente projeto de intervenção comunitária consta no anexo I.

Importa ainda referir que para garantir a confidencialidade, todos os nomes das pessoas envolvidas no projeto de intervenção e a sua localização foi retirada ao longo do relatório.

2.5 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação constitui um passo do planeamento em saúde, uma vez que a concordância entre o diagnóstico e as necessidades ditará a pertinência dos programas e atividades. Só a partir da definição do diagnóstico é que é possível iniciar a intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após ter-se compreendido a pertinência deste tema, através de dados epidemiológicos, realizou-se um estudo descritivo, quantitativo não experimental.

Para a seleção da População-alvo optou-se por verificar a lista de doentes da Consulta de Enfermagem da Diabetes da Enfermeira Orientadora constando desta lista 115 utentes. Verificou-se que estes Utentes apresentavam características diferentes entre si, sendo difícil estudar a população alvo na sua totalidade, face aos constrangimentos temporais. No entanto foi possível estudar uma parte desta população sendo que esta avaliação vai ser alargada posteriormente. Constituiu-se assim a nossa amostra com indivíduos da população acessíveis e que responderam a critérios de inclusão e exclusão (Fortin, 1999).

Foram utilizados os seguintes critérios de seleção:

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão da amostra.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Utentes que compareçam às Consultas de Enfermagem de Diabetes	Não estarem referenciados para a Consulta de Enfermagem de Diabetes
Com idades entre os 50 e os 75 anos	Idades inferiores a 50 e superiores a 75
Saber ler e escrever	Não saber ler e escrever
Baixo e Médio Risco de pé diabético	Terem risco elevado de úlcera de Pé

Fonte: Tabela elaborada pela Mestranda

Foram determinados estes critérios, uma vez que para o desenvolvimento do projeto era necessário que os utentes já estivessem diagnosticados com Diabetes e de forma inerente participassem na consulta de Enfermagem de Diabetes. A escolha das idades relaciona-se com o aumento do risco de desenvolverem lesões e as potenciais dificuldades no autocuidado. Saber ler e escrever era essencial uma vez que seria aplicado um questionário. A opção de excluir utentes com risco elevado de úlcera de Pé deve-se a facto de estas pessoas já terem lesões nos seus pés.

Após a aplicação destes critérios de inclusão e de exclusão chegou-se a uma amostra de 45 pessoas. As pessoas contempladas na nossa amostra foram contactadas telefonicamente pela Enfermeira Orientadora, tendo sido informados do objetivo do contato e da existência deste Projeto. Foi explicado aos participantes os motivos pelos quais lhes era solicitada colaboração e foi-lhes pedido que fossem ao Centro de Saúde consoante a sua disponibilidade. Após este contato 25 pessoas aceitaram participar, contudo, no decurso deste projeto um dos participantes faleceu, ficando assim com 24 pessoas.

Decidiu-se aplicar um questionário (anexo II) que constitui um conjunto de enunciados ou questões que possibilitam a avaliação das atitudes, das opiniões dos indivíduos e a recolha de outras informações junto destes (Fortin, 1999). Para a sua utilização foi solicitada a autorização a autora do mesmo, a Dra. Joana da Silva. Este questionário já foi previamente testado e aplicado, em populações com as mesmas características que a nossa, pela Dra. Joana da Silva na sua tese de mestrado, intitulada “Prevenção no pé diabético e autocuidados: o que sabem e o que fazem os nossos doentes” (Silva, 2011) e pela Enfermeira Anabela Santos, no relatório “MAPEANDO PÉS-Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2” (Santos, 2019). Este questionário foi aplicado aos indivíduos que pertenciam à nossa amostra. Foi lhes explicado novamente o objetivo do questionário e foi lhes dado conhecimento do consentimento livre e informado (apêndice IV). Pediu -se aos utentes a sua colaboração, através da leitura e preenchimento de ambos.

Nesta fase, foi também verificado se as pessoas contempladas na nossa amostra ainda cumpriam com os critérios de inclusão antes de lhes ser fornecido o Consentimento Informado e o Questionário.

Este questionário encontra-se dividido em seis partes, sendo focados dados sociodemográficos, clínicos e questões sobre o conhecimento sobre fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético. As partes I e II são sobre a caracterização das pessoas com DM. A parte III caracteriza os cuidados que as pessoas têm com os seus pés. A parte IV caracteriza a perceção que as pessoas têm da informação cedida pelos profissionais de saúde, a parte V identifica se as pessoas se consideram bem informadas sobre os cuidados a ter com os pés. Por último a parte VI mostra-nos se as pessoas sentem ou não obstáculos para cuidarem dos seus pés.

2.5.1 Apresentação e Análise dos Resultados

Após a recolha de dados chega-se à fase de análise de dados. Para o processo de investigação é importante escolher a técnica de análise de dados mais adequada. A metodologia de investigação e análise de dados são duas áreas interdependentes. O uso de estatística descritiva faz-se numa primeira fase de análise dos dados obtidos. Esta engloba um conjunto de medidas e de representação gráfica que permitem descrever um conjunto de dados (Martins, 2011).

O tratamento dos dados obtidos foi realizado através do programa Statistical Package for Social Sciences, versão 25. Para melhor apresentar os dados decidiu-se apresentar os resultados do questionário através de tabelas e gráficos.

O primeiro grupo do questionário permitiu a caracterização sociodemográfica da amostra através de dados como o sexo, a idade, o estado civil, a profissão, o nível de instrução, a fonte de rendimento, o tipo de habitação e aspetos do bairro onde residiam.

Através da análise da tabela 4, compreende-se que a população inquirida é maioritariamente do sexo masculino (n=18). A média de idades é de 63 anos, com um desvio padrão de 6,29 anos, sendo que a pessoa mais nova tem 50 anos e a mais velha 74 anos. Em relação ao nível de instrução, a maioria das pessoas inquiridas tem o ensino primário completo (n=22). Relativamente à profissão, a maioria refere estar reformado (n=13) e os restantes são trabalhadores ativos (n=11). Em relação aos rendimentos a maioria das pessoas incluídas na amostra tem um vencimento mensal fixo (n=22). Em relação ao estado civil a maioria é casada (n=22) e referem que habitam em uma

casa ou apartamento modesto (n= 16) sendo que os restantes afirmam residir numa casa ou apartamento de categoria média (n=8). A maioria refere residir num bairro residencial bom, com casas confortáveis e bem conservadas.

Tabela 3 – Caracterização da Amostra I

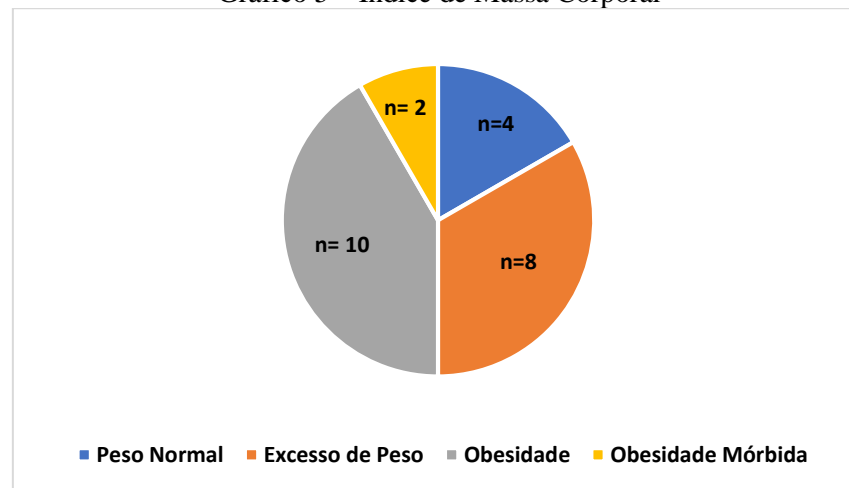
Género	N
Feminino	6
Masculino	18
Idade (em anos)	
Média	63
Desvio Padrão	6,29
Amplitude	24
Nível de Escolaridade	Quantidade
Sabe ler a escrever	2
Ensino Primário	12
Ensino Básico	3
Ensino Secundário	5
Ensino Superior	2
Profissão	Quantidade
Reformado	13
Trabalhador Ativo	11
Fonte de Rendimento	Quantidade
Honorários	2
Vencimento Mensal Fixo	22
Estado Civil	Quantidade
Casado	22
Solteiro	1
União de Fato	1
Tipo de Habitação	Quantidade
Vivenda ou apartamento de categoria média	8
Casa ou apartamento modesto	16

Fonte: Questionário

Analisando os resultados da Dra. Joana Silva na sua tese de mestrado e da Enfermeira Anabela Santos no seu relatório de estágio compreende-se algumas semelhanças nos resultados obtidos, uma vez que a sua média de idades dos inquiridos estava dentro da mesma faixa etária, a maioria reformados e viviam também em casas com condições dignas (Silva, 2011 & Santos, 2019).

No segundo grupo do questionário foram abordadas variáveis que relacionam fatores que condicionam a evolução da doença, assim como a manifestação de complicações da mesma. No que diz respeito ao índice de massa corporal (IMC) verificou-se que a maioria dos inquiridos são obesos (n=10), com um IMC ≥ 30 Kg/m² ou apresentam excesso de peso (n=8), apresentando um IMC entre 25 e 29.9 Kg/m², como pode ser observado no gráfico 5:

Gráfico 5 – Índice de Massa Corporal



Fonte: Questionário

Tais resultados estão em consonância com o Santos (2019) e Silva (2011) nos seus estudos, em que a maioria dos inquiridos sofriam de excesso de peso.

Relativamente ao tipo de DM, todos os inquiridos têm DM2, no entanto 6 dos inquiridos mostraram desconhecimento tendo dado outras respostas. Quanto à duração da doença, têm conhecimento do diagnóstico, na sua maioria há mais de 5 anos (n=16), estando isto em consonância com o estudo de Santos (2019) em que a maioria dos seus inquiridos tinham conhecimento da doença há menos de 10 anos. Finalmente, em relação ao tratamento da DM, a maioria faz exercício físico e cumpre uma alimentação adequada (n=19) e utilizam antidiabéticos orais (n=17), como pode ser observado na tabela seguinte:

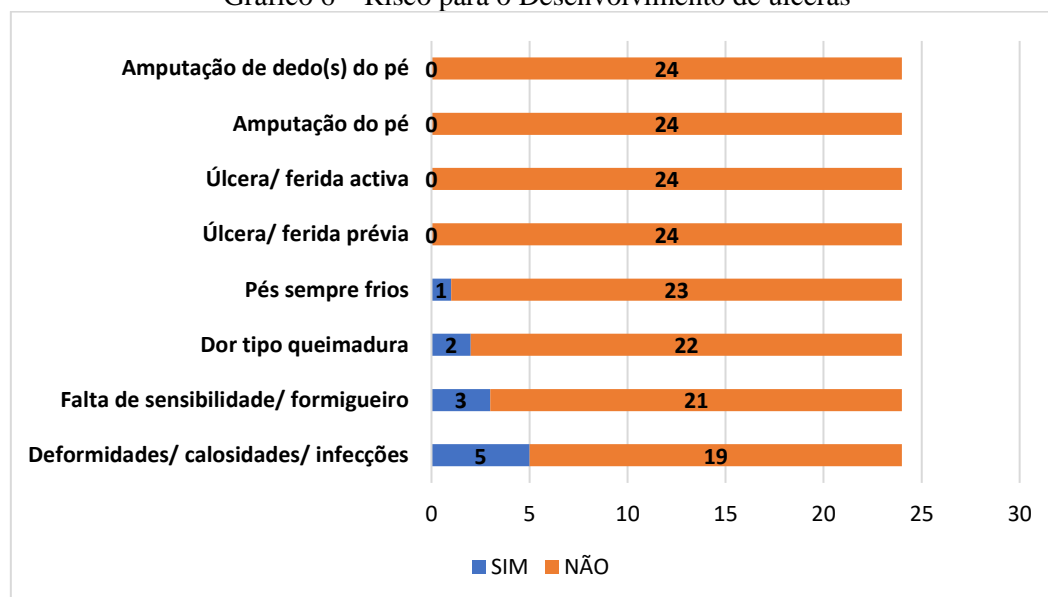
Tabela 4 – Caracterização da Amostra II.

Duração da Doença	Frequência (n)
<5 anos	8
5 – 9 anos	11
10-14 anos	1
15-19 anos	2
≥20 anos	2
Tratamento	Frequência (n)
Exercício Fís. e Alimentação	19
Antidiabéticos Orais	17
Insulina	2

Fonte: Questionário

Na questão que diz respeito ao risco para o desenvolvimento de úlceras foram definidas 8 categorias. Através da análise do gráfico 6, verifica-se que os fatores de risco mais identificados pelos inquiridos foram as deformidades/calosidades/infeções (n=5), a falta de sensibilidade/ formigueiro (n=3) e a dor tipo queimadura (n=2), em semelhança ao estudo de Silva (2011) e Santos (2019), que obtiveram resultados semelhantes. De valorizar que no nosso estudo não houve manifestação de amputações minor ou major e úlceras.

Gráfico 6 – Risco para o Desenvolvimento de úlceras

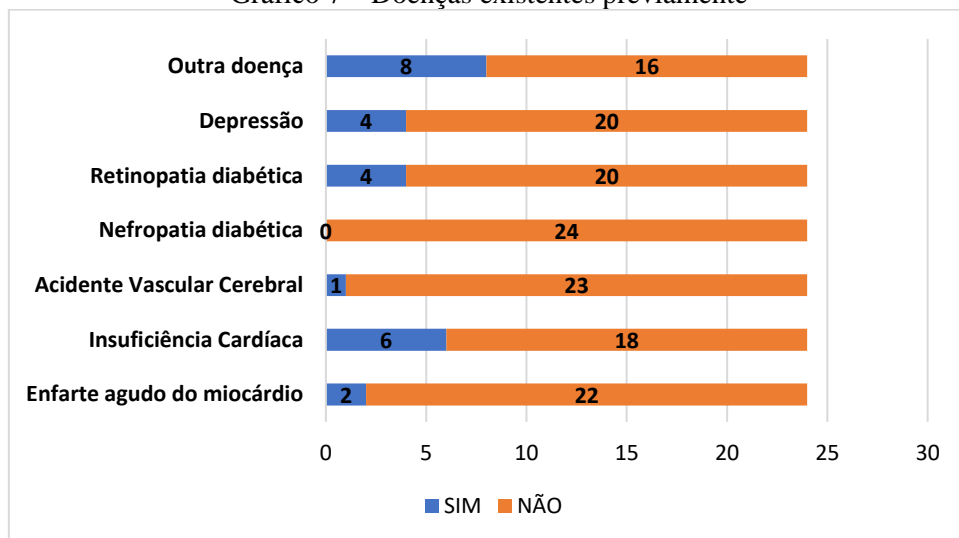


Fonte: Questionário

Relativamente às doenças manifestadas pelos inquiridos, a maioria refere ter insuficiência cardíaca (n=6), sendo as restantes patologias manifestadas a depressão (n=4), a retinopatia diabética (n=4), o enfarte agudo do miocárdio (n=2) e o acidente vascular cerebral (n=1). Um número

elevado de inquiridos (n=8) manifestou ainda outras patologias como a dislipidemia, a hipertensão, a gastrite e neoplasia, tal pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 7 – Doenças existentes previamente



Fonte: Questionário

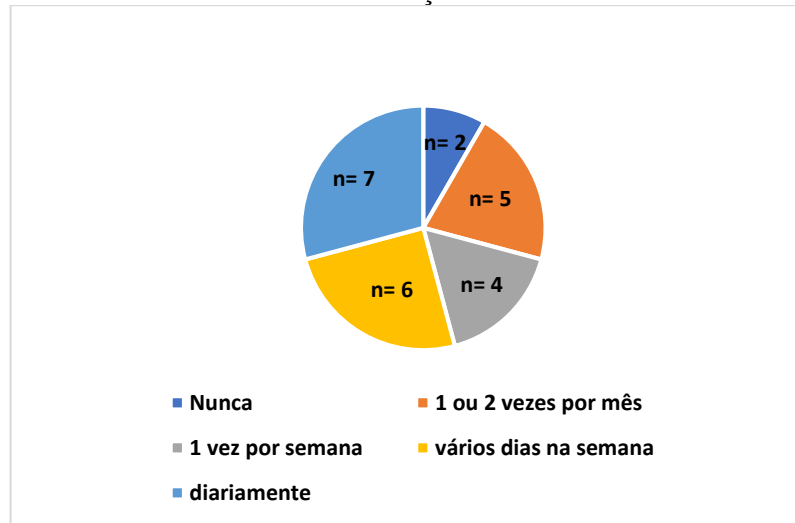
Tais resultados também vão ao encontro do estudo de Silva (2011) em que a maioria dos inquiridos eram reformados, apresentavam excesso de peso e como comorbilidades apresentavam enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, depressão e retinopatia diabética. No estudo de Santos (2019) a maioria das patologias associadas referidas foram insuficiência cardíaca, dislipidemia e hipertensão.

Relativamente ao grupo anterior, compreende-se que na população estudada, a maioria tem diagnóstico de diabetes conhecido há mais de cinco anos, são reformados ou trabalhadores ativos e apresentam excesso de peso ou obesidade. Apresentam ainda outros fatores de risco associados como a hipertensão e a dislipidemia, apresentando ainda insuficiência cardíaca, tornando os inquiridos mais suscetíveis ao aparecimento de complicações crônicas (APDP, 2010).

No grupo III, foram abordados diferentes tipos de autocuidado aos pés tendo sido possível extrair dados relativamente à observação e higiene dos pés, cuidados com o calçado, tratamento de calosidades e corte de unhas e a resolução de problemas.

Relativamente à observação da planta dos pés (gráfico 11), observa-se que somente 7 dos inquiridos observa diariamente os pés, assim sendo os restantes (n=17) não cumprem este autocuidado de forma adequada.

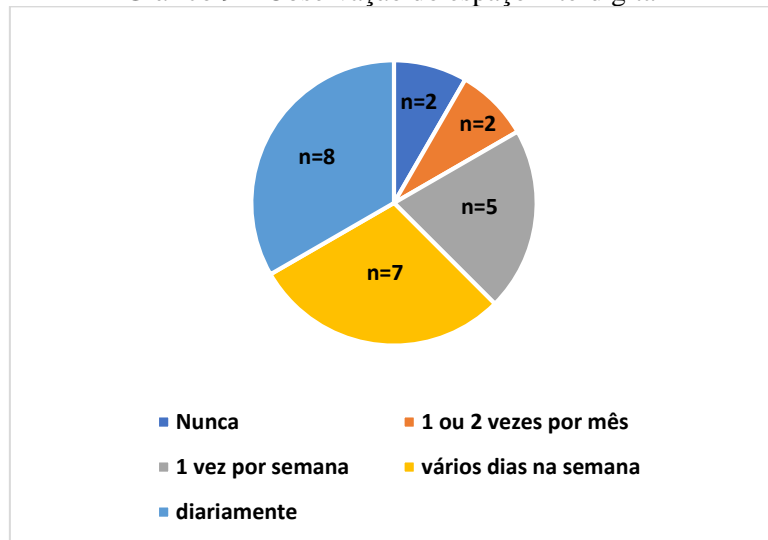
Gráfico 8 – Observação da Planta dos Pés I



Fonte: Questionário

Relativamente à observação dos espaços interdigitais (gráfico 9) a maioria dos inquiridos não cumpre as indicações (n=16), não fazendo uma observação diária dos espaços interdigitais (APDP, 2010).

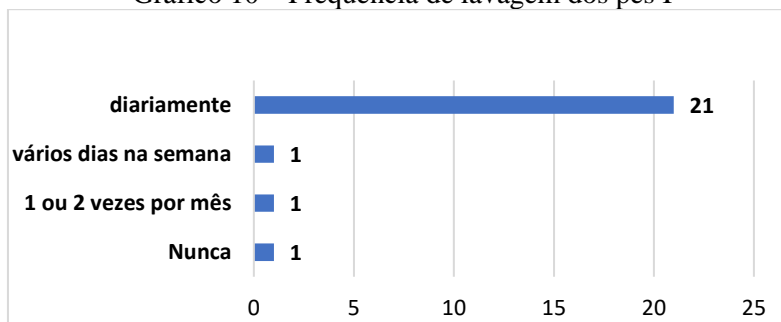
Gráfico 9 – Observação do espaço interdigital



Fonte: Questionário

Relativamente à lavagem dos pés (gráfico 10) verifica-se que a maioria dos participantes (n=21) lavam os pés diariamente, tal pode ser observado no gráfico abaixo:

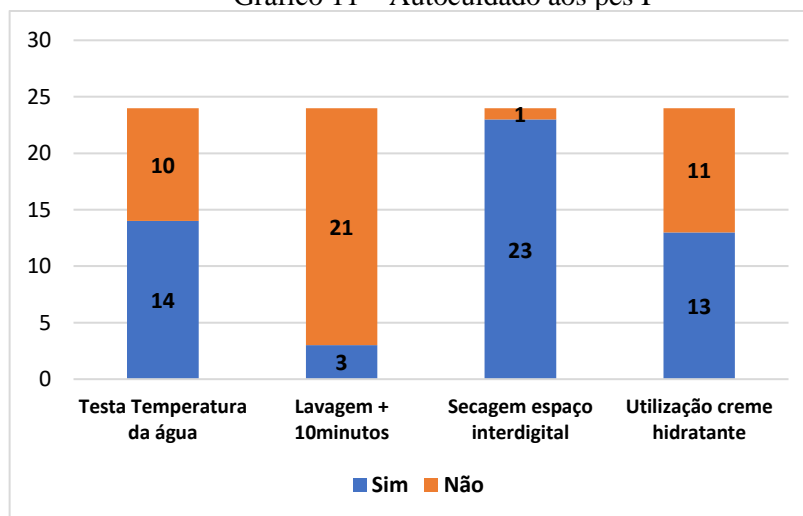
Gráfico 10 – Frequência de lavagem dos pés I



Fonte: Questionário

Em relação aos autocuidados com os pés (gráfico 11) relativamente à temperatura da água, a maioria dos participantes (n=14) testam previamente a água, no entanto um número elevado (n=10) não o faz. A grande maioria (n=21) dos inquiridos não deixa os pés de molho em água e a maioria dos participantes (n=23) seca os espaços interdigitais, sendo estes resultados bastante positivos. Em relação à utilização de creme hidratante a maioria (n=13) refere utilizar, mas o número de inquiridos que não utiliza ainda é elevado (n=11) (APDP, 2010).

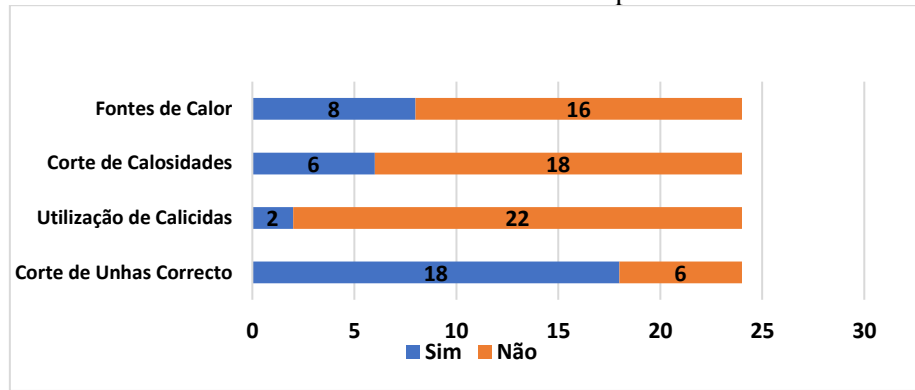
Gráfico 11 – Autocuidado aos pés I



Fonte: Questionário

A análise do gráfico 12, permite compreender que a maioria (n=18) dos inquiridos corta as unhas de forma correta e que a maioria (n=22) não utiliza calçadas. No entanto um número elevado de inquiridos (n=6) refere cortar as suas calosidades. A maioria (n=16) refere não aquecer os pés com botijas de água quente, aquecedores ou água muito quente.

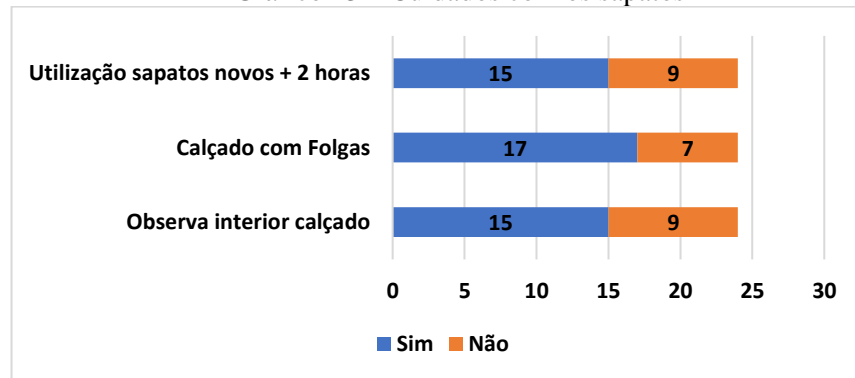
Gráfico 12 – Autocuidado aos pés II



Fonte: Questionário

Analisando o gráfico 13, verifica-se que a maioria dos inquiridos (n=15) utiliza sapatos novos mais de duas horas seguidas. A maioria (n=17) utiliza sapatos adequados, no entanto a frequência de participantes (n=9) que não observam o interior do calçado antes de o utilizar é elevada (APDP, 2010).

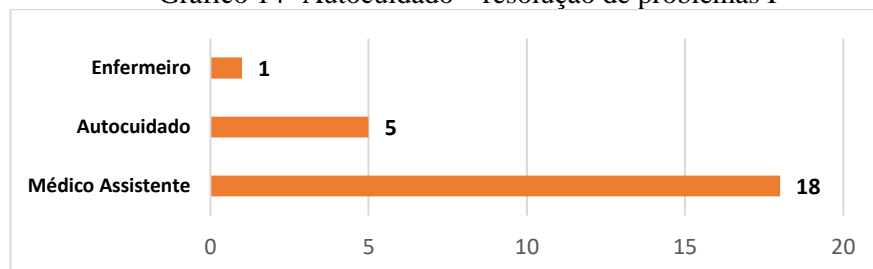
Gráfico 13 – Cuidados com os sapatos I



Fonte: Questionário

O gráfico 14 revela que na presença de problemas nos pés que não melhorem em poucos dias a maioria dos inquiridos (n=18) refere que recorre ao seu médico assistente e apenas 1 inquirido refere recorrer a um enfermeiro. É ainda preocupante que um número considerável de inquiridos (n=5) refere realizar tratamentos na tentativa de melhorar, sendo isto considerado uma má pratica (APDP, 2010).

Gráfico 14- Autocuidado – resolução de problemas I



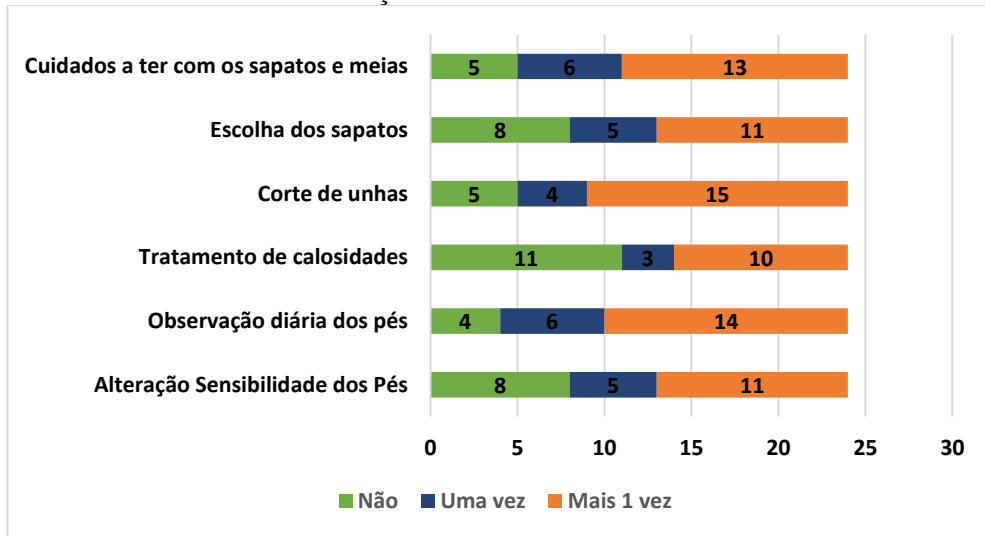
Fonte: Questionário

Da análise dos resultados obtidos neste grupo, verificou-se que a maioria das pessoas aderem às boas práticas de autocuidado no que diz respeito à lavagem dos pés diária, à não colocação dos pés de molho, à secagem dos espaços interdigitais, ao corte correto das unhas, a não utilização de calçadas, ao evitar fontes de calor e ao escolherem sapatos adequados. No entanto falham na aplicação do creme hidratante, na observação diária da planta dos pés e observação dos espaços interdigitais, ao utilizarem sapatos novos durante muito tempo, ao não testarem a temperatura da água, muitos cortam as calosidades e não observam o interior dos sapatos antes de os utilizar. É ainda de relevar que a maioria refere recorrer ao médico assistente quando experienciam problemas relativamente aos seus pés e apenas um inquirido revelou pedir ajuda ao enfermeiro. Estes dados mostram alguns défices no autocuidado o que pode levar ao surgimento de lesões.

Observaram-se resultados semelhantes nos estudos de Silva (2011) e Santos (2019), nas dimensões “observação da planta dos pés”, “observação do espaço interdigital” e na “utilização de sapatos novos mais de duas horas”, em que também foram obtidos maus resultados. Relativamente a quem procuram quando têm problemas nos pés também foram dadas respostas semelhantes nos dois estudos referidos. (Silva 2011 & Santos, 2019)

Relativamente ao grupo IV, este é sobre a informação fornecida aos utentes pelos profissionais de saúde nos últimos 12 meses. O gráfico 15 revela que a maioria (n=19) dos inquiridos refere já ter sido informado sobre os cuidados a ter com os sapatos e meias. A maioria (n=16) refere já ter sido informado sobre a escolha dos sapatos, no entanto 8 dos inquiridos refere nunca ter tido essa informação. A maioria (n=15) dos participantes do estudo refere já ter tido a informação de como cortar as unhas mais de uma vez. Em relação ao tratamento das calosidades, um número significativo de inquiridos (n=11) refere nunca ter sido informado. A maioria (n=14) refere que já foi informado mais de uma vez sobre a importância de observar diariamente os pés. Relativamente à alteração da sensibilidade, a maioria dos inquiridos (n=11) refere já ter sido informado mais de uma vez, nos últimos 12 meses, no entanto 8 dos inquiridos referem nunca ter sido informados.

Gráfico 15 – Informação fornecida aos utentes nos últimos 12 meses



Fonte: Questionário

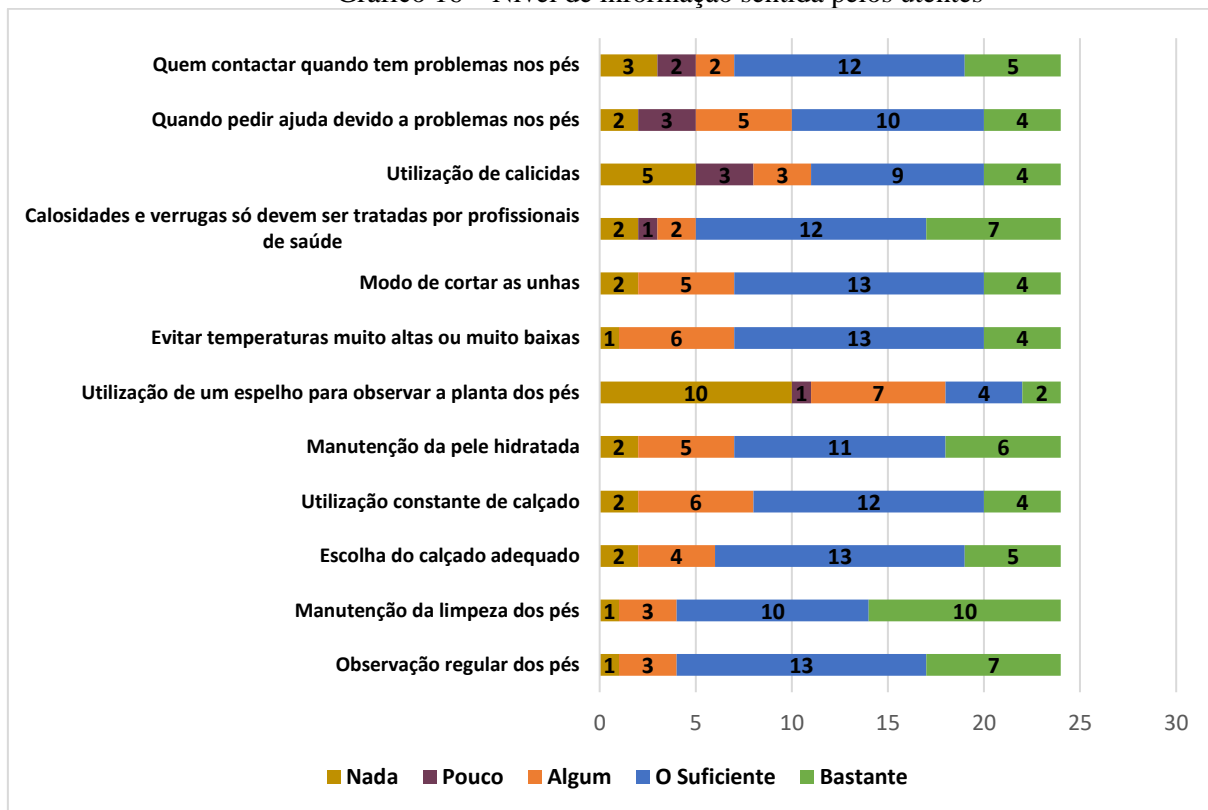
No seu estudo Silva (2011) a maioria dos inquiridos referiu que teve contacto com estas informações pelo menos 1 vez por ano, sendo que onde foi verificado o pior resultado foi acerca do tratamento de calosidades, o que também se verificou no nosso estudo.

No acesso aos cuidados de saúde, o acesso à informação clara e perceptível permite ao utente o exercício de uma série de faculdades e direitos, como o acesso à saúde. A informação permite ao utente fazer escolhas consciente na promoção da sua saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

No grupo V é avaliado o nível de informação sentido pelas pessoas inquiridas relativamente aos cuidados a ter com os pés (Gráfico16). Relativamente a quem contactar quando apresentam problemas nos pés, a maioria dos inquiridos (n=17) referem estar informados. Sobre a utilização de calicidas, a maioria (n=13) refere estar informado, no entanto os restantes inquiridos (n=11) não manifestam estar devidamente informados. Sobre a utilização de um espelho para observar a planta dos pés, as respostas maioritárias dividiram-se entre “nada” (n=10) e “algum” (n=7), mostrando algum desconhecimento. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Silva (2011) e Santos (2019) em que os inquiridos mostraram sentir-se pouco informados sobre o uso de espelhos para observação a planta dos pés e sobre o uso de calicidas. Relativamente ao fato de que as calosidades e verrugas só devem ser retiradas por profissionais de saúde, sobre o modo adequado de cortar as unhas e sobre a importância de evitar temperaturas muito altas ou muito baixas a resposta mais frequente em todas estas dimensões foi “o suficiente”. Relativamente à

manutenção da pele hidratada a maioria dos inquiridos (n=17) mostraram conhecimento. Em relação à manutenção da limpeza dos pés, à observação regular dos pés e às questões relacionadas com o calçado a maioria dos inquiridos também referiu sentirem-se informados.

Gráfico 16 – Nível de informação sentida pelos utentes



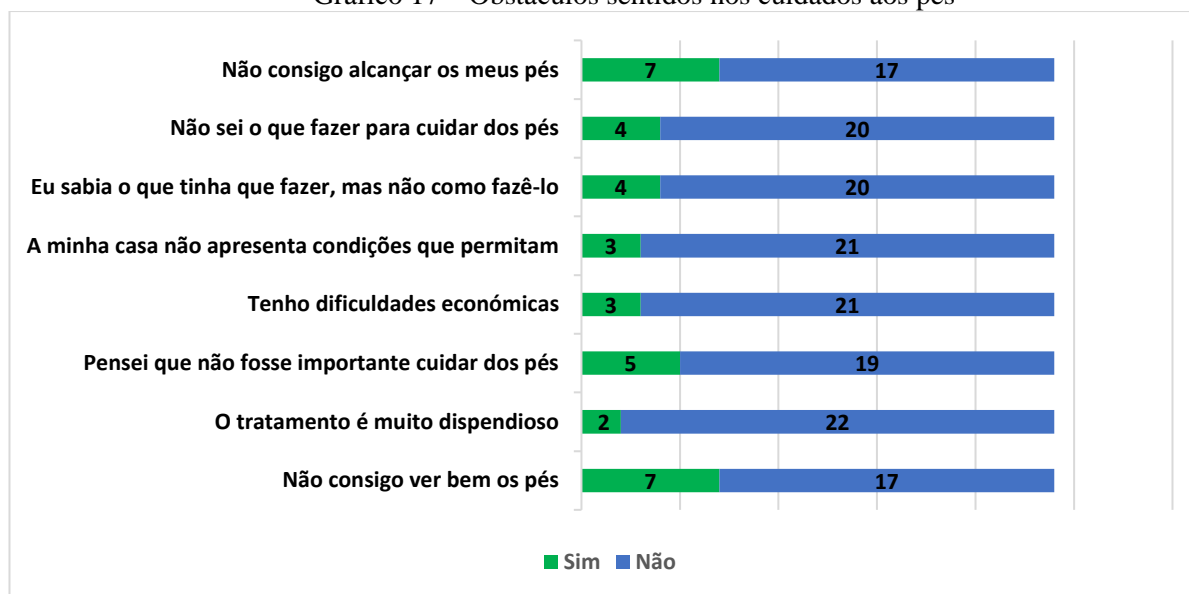
Fonte: Questionário

Embora a maioria dos inquiridos tenha respondido estar informado “o suficiente”, observando o gráfico anterior, consegue-se compreender de uma forma geral, alguns défices de conhecimento, que devem ser trabalhos junto dos participantes.

No último grupo (VI) foram avaliados os obstáculos que os inquiridos encontram para cuidar dos seus pés. Observando o gráfico 17, compreende-se que a maioria dos inquiridos refere (n=17) conseguir alcançar bem os seus pés e a maioria (n=20) refere saber o que fazer para cuidar dos seus pés. A maioria dos inquiridos (n=20) referem saber o que têm de fazer e como fazer em relação aos cuidados com os seus pés. A maioria (n=21) refere que a sua casa tem condições e refere não ter problemas económicos referindo ainda não considerar o tratamento dispendioso. A maioria (n=19) sabe a importância de cuidar dos pés e 17 dos inquiridos refere não ter dificuldade em observar os seus pés.

Atendendo as respostas dadas pelos inquiridos a maioria considera não encontrar obstáculos nos cuidados aos seus pés, assim sendo pode considerar-se que os inquiridos estão disponíveis para alargar os seus conhecimentos e práticas relativamente aos cuidados com os seus pés.

Gráfico 17 – Obstáculos sentidos nos cuidados aos pés



Fonte: Questionário

De uma forma geral, é possível afirmar que se verificam semelhanças nas respostas dadas pelos inquiridos neste projeto e as respostas dadas pelos inquiridos no projeto da tese de Mestrado da Dra. Joana Silva “Prevenção no pé diabético e autocuidados: o que sabem e o que fazem os nossos doentes” e no relatório da Enfermeira Anabela Santos “MAPEANDO PÉS- Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2”. Assim é sugestível que a informação que os diabéticos têm, os problemas e os obstáculos com que se deparam sejam semelhantes entre si. Assim torna-se importante determinar prioridades para poder agir.

2.6 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A seleção de prioridades está ligada à essência do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos. Caracteriza-se pela: “dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64). A definição

de prioridades tem duas dimensões: o tempo e os recursos. A do tempo relaciona-se com o facto de as necessidades serem recorrentes, devem utilizar-se os recursos para satisfazer as do presente não esquecendo as do futuro, para as quais tem de haver recursos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a seleção e a hierarquização dos problemas da saúde utilizam-se critérios de forma a ordená-los tendo em conta a sua prioridade. A escolha dos critérios e o valor que lhe damos é fulcral uma vez que destes resultam a lista final de prioridades. Os três critérios clássicos mais utilizados no planeamento em saúde são a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade. A magnitude determina o problema tendo em conta a sua dimensão medida através do total de mortes, associadas ao problema. Um dos problemas que se observa neste critério é o facto de utilizar em exclusivo a mortalidade e não a morbilidade. Nesse sentido recorre-se aos outros critérios, à transcendência e à vulnerabilidade. A transcendência constitui uma ponderação por grupos etários de forma a poder valorizar as mortes por determinada causa dos diferentes grupos etários. Este método é discutível uma vez que considera a vida humana com diferente valor tendo em conta os grupos etários. A vulnerabilidade diz-nos que devemos utilizar os recursos onde estes produzam maior efeito (Imperatori & Giraldes, 1993).

Atendendo a isto pode-se considerar que os problemas que foram identificados através do instrumento de colheita de dados são de elevada magnitude uma vez que o enquadramento teórico evidenciou que o pé diabético é um problema que atinge várias dimensões sociais, económicas e de saúde. O pé diabético é uma das complicações da DM mais grave e com maior impacto, levando à perda de qualidade de vida e de elevados graus de incapacidade, sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares pelas pessoas com DM e o responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas (DGS, 2011a).

Em 2015, 1643 utentes saídos de internamento hospitalar tinham o diagnóstico de pé diabético. No mesmo ano, houve 645 amputações major e 705 amputações minor (SPD, 2016). Importa ainda referir que cerca de 25% de todas as pessoas com DM têm condições favoráveis para o aparecimento de lesões nos pés (DGS, 2010).

Relativamente à transcendência as complicações do pé diabético são mais comuns em indivíduos do sexo masculino e em indivíduos com mais de 60 anos (Khanolkar, Bain & Stephens, 2008). A população da nossa amostra é maioritariamente masculina (n=18) e a média de idade é de 63 anos.

Em relação à vulnerabilidade, atendendo ao facto de que ao educarmos para a saúde estamos a investir na prevenção, os recursos gastos podem produzir efeitos positivos na nossa população.

Na análise dos resultados obtidos verificou-se défices no autocuidado e nos conhecimentos, sendo que esses défices aumentam o risco de lesões nos pés, mostrando assim que a intervenção nestas duas dimensões é prioritária.

2.7 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

A definição de objetivos constitui uma das etapas do processo de planeamento em saúde. Os objetivos correspondem aos resultados que se pretendem atingir para a população-alvo através da implementação de projetos e de intervenções (Tavares, 1990). Os objetivos quando bem formulados fornecem normas e critérios às atividades que irão ser realizadas posteriormente, devendo assim explicar tanto aos participantes dos projetos os comportamentos considerados apropriados e pertinentes, como à população-alvo os comportamentos e atitudes desejáveis. No enunciado dos objetivos devem constar os critérios a partir dos quais se podem observar o grau de sucesso de um projeto (Tavares, 1990).

Ao nível estrutural, quando se formula um objetivo, este deverá ser: pertinente, adequando-se assim às situações que necessitam ser intervencionadas; preciso, apresentando com exatidão o percurso a realizar e definindo o novo estado que se pretende; realizável, não devendo ser demasiado ambicioso; mensurável, possibilitando uma avaliação posterior. O mesmo autor refere ainda que na formulação dos objetivos devem constar cinco elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população alvo do projeto; a zona de aplicação do projeto; o tempo em que este deverá ser atingido (Tavares, 1990).

Atendendo a isto fixaram-se para o Projeto os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Contribuir para a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado de forma a prevenir a úlcera de pé diabético.

Objetivos específicos:

- Aumentar os conhecimentos que os Utentes com Diabetes têm sobre o autocuidado com os pés;
- Avaliar a importância que os Utentes diabéticos dão ao autocuidado com os pés.

Na execução deste Projeto pretende-se atingir estes objetivos como forma a dar resposta às necessidades identificadas na nossa população.

Após a definição dos objetivos é necessário definir metas ou objetivos operacionais que segundo Imperatori & Giraldes (1993) é o resultado desejável e executável das atividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade mensuráveis.

Atendendo a isto foram definidas as seguintes metas:

- Aumentar em 60% a melhoria dos parâmetros relacionados com o défice de autocuidado;
- Conseguir que 90% dos participantes identifiquem a importância do autocuidado aos pés como forma de prevenção das úlceras.

Como forma a atingir os objetivos previamente definidos é necessário realizar atividades, assim sendo torna-se imperativo selecionar estratégias que os permitam alcançar.

2.8 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias constitui a quinta etapa do processo de planeamento, sendo considerada uma das mais fundamentais etapas do planeamento. O seu objetivo passa por determinar o processo mais adequado de forma a reduzir os problemas de saúde prioritários. Pretende propor-se novas formas de agir que permitam alcançar os objetivos que foram fixados. A definição de estratégias de saúde deve ser realizada de forma detalhada para que esta possa ser avaliada. Em alguns casos, o estudo de uma estratégia pode fazer com que os objetivos fixados anteriormente tenham que ser revistos por se ter observado falta de recursos humanos, materiais e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, a seleção adequada de estratégias faz com que seja possível alcançar os objetivos que foram propostos anteriormente.

A estratégia de saúde é o conjunto de técnicas específicas organizadas tendo em vista alcançar um determinado objetivo de forma a reduzir um ou mais problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Todas as estratégias selecionadas têm como finalidade a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado de forma a prevenir a úlcera de pé diabético, assim sendo, optou-se pela realização de sessões de educação para a saúde direcionadas as pessoas diabéticas que constituem a amostra.

Atendendo ao diagnóstico da situação feito previamente, aos problemas que foram priorizados, ao objetivo geral e específicos definidos e às metas que foram propostas, foram definidas as estratégias/intervenções:

Tabela 5 – Definição das estratégias/intervenções

Objetivos Específicos	Estratégias/Intervenções
Aumentar os conhecimentos que os Utentes com diabetes têm sobre o autocuidado com os pés	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os indivíduos que participam no projeto de forma a que sejam capazes de executar o autocuidado e que sejam capazes de tomar decisões relativamente à sua doença, através de um “Mapa de Conversação – A diabetes e os cuidados com os pés” (Anexo III); • Realizar e disponibilizar um folheto informativo no fim da sessão de educação para a saúde, ao qual os participantes do projeto podem recorrer de forma rápida e eficaz para solucionar dúvidas.
Avaliar a importância que os Utentes com diabetes dão ao autocuidado com os pés	<ul style="list-style-type: none"> • Planear e executar uma sessão de educação para a saúde, utilizando um “Mapa de Conversação”, dirigida aos participantes do projeto; • Criar uma parceria com um laboratório Lilly por forma a adquirir o material pedagógico necessário para realizar as sessões de educação para a saúde.

Fonte: Mestranda

Os Mapas de Conversação constituem uma estratégia educativa que combina várias teorias educacionais, criada pela Federação Internacional de Diabetes com o laboratório Lilly. Ao estar validado pela Federação, esta torna-se uma estratégia com prática baseada em evidência, tendo sido a sua eficácia já comprovada em outros estudos, como por exemplo o artigo científico “Mapa De Conversação como estratégia de ensino para o desenvolvimento do autocuidado em Diabetes Mellitus” (Ohl *et al.*, 2019). Os mapas de conversação têm demonstrado ser uma tecnologia de educação em diabetes eficaz internacionalmente para autogestão do cuidado. São desenvolvidos a partir de ilustrações lúdicas e interativas, com metáforas sobre a condição crônica do diabetes e sobre as situações quotidianas vividas pelas pessoas com DM. As sessões com os mapas são feitas com grupos pequenos de pessoas com diabetes e permite uma conversa informal em que existe a partilha de experiências pessoais, a vivência de sentimentos e da doença, as redes de apoio e os estilos de vida saudáveis (Carvalho *et al.*, 2018) incentivando assim à adoção de comportamentos saudáveis e o autocuidado. O mapa de conversação permite ao profissional de saúde realizar o empoderamento do indivíduo com diabetes promovendo assim o autocuidado e o controle da doença. Assim consegue prevenir ou retardar o surgimento das complicações (Carvalho *et al.*, 2018).

Realizou-se ainda um folheto informativo, cujo título é “Prevenção do Pé Diabético” que foi entregue aos participantes de cada sessão de educação para a saúde. Este folheto apresenta informação a que os indivíduos podem recorrer de forma rápida se tiverem alguma dúvida relativamente ao autocuidado (Apêndice V).

2.9 PREPARAÇÃO OPERACIONAL

O planeamento é um processo contínuo em que cada etapa está ligada à anterior e à seguinte. Nesta fase compreendem-se as relações entre as diversas atividades, evitando-se assim as sobreposições de tarefas, o acumular de muitas atividades em determinados períodos, identificar entraves à execução das atividades e prever os recursos necessários de forma a facilitar a realização as atividades. Ao serem detalhadas as atividades não quer dizer que elas sejam definitivas. A especificação detalhada de tarefas deve ser repetida ao longo do projeto sempre que se observam atrasos (Imperator & Giraldes, 1993).

Na tabela seguinte vão ser apresentadas as intervenções/atividades realizadas, através das quais foram atingidos os objetivos definidos anteriormente.

Tabela 6 – Especificação das atividades

Especificação das Atividades			
Atividades	Quem executa	Quando e Onde	Recursos
Preparação do Projeto	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Maio/Junho 2019 Centro de Saúde	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora
Preenchimento dos Questionários	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Setembro 2019 Centro de Saúde	Papel e Caneta
Seleção de Estratégias (parcerias, planificação das atividades, recursos)	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Setembro/Outubro 2019 Centro de Saúde	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora
Envolvimento da equipa de enfermagem que realiza a consulta de Diabetes, colocando-os a par do projeto e do seu desenvolvimento	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Durante o desenvolver do Projeto Centro de Saúde	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora
Organização dos grupos para a sessão + agendamento	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Outubro/ Novembro 2019	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora

Realização panfleto de divulgação + cartas convite	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Outubro/ Novembro 2019	Papel + Computador + Envelopes e Selos
Divulgação do projeto	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Novembro 2019	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora
Planeamento e execução das sessões de educação para a saúde, utilizando um “Mapa de Conversação”	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Outubro/Novembro/ Dezembro 2019 e Janeiro 2020	Computador + Mapa de Conversação
Capacitação dos indivíduos que participam no projeto de forma a que sejam capazes de executar o autocuidado e que sejam capazes de tomar decisões relativamente à sua doença	Enfermeira Mestranda e Enfermeira e Enfermeira Orientadora	Novembro/ Dezembro 2019 e Janeiro de 2020 Espaço cedido pela CM	Mapa de Conversação + Folheto realizado pela Mestranda
Realização de um folheto informativo para entregar no fim da sessão de educação para a saúde	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Outubro 2019	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora
Reaplicação dos questionários para Avaliação	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora	Dezembro 2019 e Janeiro de 2020	Papel + Caneças

Fonte: Mestranda

De forma a organizar as atividades sem que se sobreponham umas às outras e respeitar o tempo que dispomos para desenvolver o projeto, foi elaborado um cronograma (apêndice VI) que possibilita a visualização das diferentes tarefas que constituem o projeto (Imperatori & Geraldes, 1993) com a data em que será desenvolvida cada atividade, que permite contextualizar temporalmente o desenvolvimento destas.

As sessões de educação para a saúde, utilizando o Mapa de Conversação “A diabetes e os cuidados aos pés” foram inicialmente programadas para serem realizadas em três momentos com três grupos (com 7 a 9 participantes), no entanto houve um número elevado de indivíduos que ou não apresentaram disponibilidade para comparecerem nos dias agendados ou faltaram, pelo que foi realizada uma quarta sessão. As sessões foram realizadas tendo em conta um planeamento previamente feito e que consta no apêndice VII.

Relativamente à divulgação das atividades esta foi feita via contacto telefónico e por meio de uma carta convite após o contacto telefónico (apêndice VIII). O Projeto também foi ainda divulgado através de um panfleto exposto no Centro de Saúde (apêndice IX).

2.9.1 Previsão de Recursos

Segundo Tavares (1990) a identificação de recursos humanos, materiais e financeiros é essencial na medida em que esta identificação condicionará todo o planeamento. Todos os recursos devem ser otimizados como forma a atingir os objetivos do projeto.

Na tabela seguinte é possível verificar a estimativa de recursos, tanto materiais como humanos e financeiros:

Tabela 7 – Estimativa de recursos

Estimativa de Recursos				
Atividades	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Tempo	€
Questionários	Enfermeira Maria Inês e Enfermeira Orientadora	Folhas A4 impressas frente e verso 4x25=100 folhas 100x2=200 folhas 200x0,15€= 30€	40horasx10€= 400€	430€
Preparação Folheto Informativo	Enfermeira Maria Inês	0,15€x24=3.6€	8horas x 10€=80€	83,6€
Preparação flyer divulgação do Projeto + cartas convite	Enfermeira Maria Inês	0,20x4=0,80€ 0,10 x 24=2,4€ 0,53€x 24=12,72€	3horasx10€=30€	46,32€
Sessão de Educação para a saúde	Enfermeira Maria Inês e Enfermeira Orientadora	24 Folhas de Avaliação da Sessão 24x0,10=2,4€ Mapa de Conversação= 300€ Garrafas de Água + lanche= 30€x4=120€	110minutosx3= 330min. 330min=5,5horas 5,5horasx10€= 55€	477,30€
Deslocação e Transportes	Mestranda + Enfermeira Orientadora	Transporte Próprio + Transporte Centro de Saúde		100€
Total:				1107,22€

Fonte: Mestranda

Nesta fase é importante envolver parceiros, como forma de diminuir os custos do projeto e torná-lo concretizável. Foi contactado o Laboratório Lilly que através de um delegado cedeu ao Centro de Saúde onde foi realizado o projeto e a outro Centro de Saúde localizado nas proximidades um Kit que continha todos os Mapas de Conversação existentes. Este Kit foi uma oferta às instituições para que mais tarde o possa usar e partilhar entre elas. Além do Kit este laboratório forneceu ainda material educativo relacionado com diabetes e o autocuidado aos pés.

Outro parceiro importante foi a Câmara Municipal do município a que pertence o Centro de Saúde e que nos cedeu o espaço onde foram realizadas as sessões de educação para a saúde.

2.10 PLANEAMENTO DA MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação tem como objetivo final a correção ou o melhoramento do projeto. Para que se consiga fazer a avaliação é necessário determinar o valor das intervenções realizadas (Imperatori e Giraldes, 1993).

Os indicadores constituem uma relação entre uma situação e a população que está em risco dessa situação. Segundo Tavares (1990), no âmbito do planeamento do projeto em saúde devem considerar-se dois tipos de indicador: indicadores de resultado ou de impacto e indicadores de atividade ou de execução (processo). Os indicadores de resultado medem o estado de saúde. Os indicadores de atividade medem a prestação de cuidados de saúde (Tavares, 1990), sendo assim possível compreender os resultados alcançados.

Relativamente aos indicadores de processo, nas sessões de educação para a saúde, estes permitiram uma avaliação continua ao longo da realização do projeto, medindo assim a atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde. Como indicadores de processo foi definido que:

- Pelo menos 70% dos participantes do Projeto inscritos na sessão compareçam;
- Pelo menos 80% dos participantes da sessão considerem que esta foi importante para o aumento dos seus conhecimentos;
- Pelo menos 80% dos participantes considerem que a metodologia adequada.
- 100% das sessões planeadas devem ser executadas.

Na tabela seguinte, são apresentados os resultados relativamente aos indicadores de processo previamente definidos, para as Sessões de Educação para a Saúde:

Tabela 8 – Indicadores de Processo

Metas	Indicador de Processo	Sessão 22/11/2019 Manhã	Sessão 22/11/2019 Tarde	Sessão 05/12/2019	Sessão 17/01/2020
Que 70% dos participantes inscritos na sessão compareçam	Nº de participantes presentes na sessão/ Nº de inscritos na sessão x100	66,7%	50%	21,4%	37,5%
Que 80% dos participantes da sessão considerem que esta foi importante para o aumento dos seus conhecimentos	Nº de participantes da sessão que consideraram a sessão importante para o aumento dos seus conhecimentos/ Nº de participantes na sessão x 100	100%	100%	100%	100%
Que 80% dos participantes considerem que a metodologia adequada	Nº de participantes que consideraram a metodologia adequada/ Nº de utentes que participaram na sessão x 100	100%	100%	100%	100%
Que 100% das sessões planeadas sejam executadas	Nº de sessões realizadas/ Nº de sessões planeadas x 100	100%	100%	100%	100%

Fonte: Questionário

De todos os indicadores previamente definidos o único que não foi alcançado foi o primeiro indicador “Pelo menos 70% dos participantes do Projeto inscritos na sessão compareçam.”. Embora tenham sido convidadas e tenha sido feita a divulgação do projeto, as pessoas acabavam por não comparecer e foram várias as justificações, desde doença, até à impossibilidade por estarem a trabalhar. Nesse sentido foi feita mais uma sessão e foram convidadas a participar as pessoas que não tinham comparecido nas sessões anteriores, mas ainda assim sem sucesso. No geral 66,7% dos participantes do projeto, participaram em uma das quatro sessões de educação para a saúde e alguns deles levaram o seu cônjuge. Todos os participantes consideraram que as sessões foram importantes para o seu aumento de conhecimentos e que a metodologia foi adequada. A fraca adesão foi desanimadora, no entanto compreendeu-se que embora inicialmente pouco motivados os indivíduos mostraram-se muito entusiasmados quando viram o Mapa de Conversação e mostraram-se muito participativos e entusiasmados durante as sessões.

A segunda meta: Que 80% dos participantes da sessão considerem que esta foi importante para o aumento dos seus conhecimentos”, foi avaliada atendendo a questão número 1 do questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde e a meta número 3: Que 80% dos participantes considerem que a metodologia adequada” foi avaliada atendendo à questão número 6 do mesmo questionário.

Os indicadores de Resultado avaliam o projeto de intervenção atendendo aos objetivos previamente definidos. O objetivo geral deste projeto foi “Contribuir para a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado de forma a prevenir a úlcera de pé diabético.” Os objetivos específicos definidos foram: “Aumentar os conhecimentos que os Utentes com Diabetes têm sobre o autocuidado com os pés” e “Avaliar a importância que os Utentes diabéticos dão ao autocuidado com os pés.”

A tabela seguinte mostra a avaliação destes indicadores:

Tabela 9 – Avaliação dos indicadores

Meta	Indicador de Resultado ou de Impacto	Resultado	Avaliação
Aumentar em 60% a melhoria dos parâmetros relacionados com o défice de autocuidado	Média de % de aumento dos parâmetros que foram relacionados com o défice de autocuidado	108%	Atingido
Conseguir que 90% dos participantes identifiquem a importância do autocuidado aos pés como forma de prevenção das úlceras	Nº de participantes que identifiquem a importância do autocuidado aos pés como forma de prevenção das úlceras/ Nº de participantesx100	93,75%	Atingido

Fonte: Questionário

Para avaliar as metas definidas anteriormente foi aplicado novamente o instrumento de coleta de dados, no entanto foram aplicados apenas os grupos III, V e VI, que são os grupos que avaliam a prática de autocuidado e os conhecimentos dos indivíduos.

Relativamente ao grupo III que avalia a prática de autocuidado aos pés, permitindo assim dar resposta à primeira meta definida.

Atendendo ao gráfico 18 é possível verificar que houve uma melhoria significativa relativamente ao autocuidado observação da planta dos pés, quando comparado com o gráfico 8, relativo aos dados recolhidos na fase de diagnóstico. Verifica-se que 13 dos inquiridos observam diariamente os seus pés. Respostas como “Nunca” ou “1 vez por semana” foram eliminadas.

Gráfico 8 - Observação da Planta dos Pés

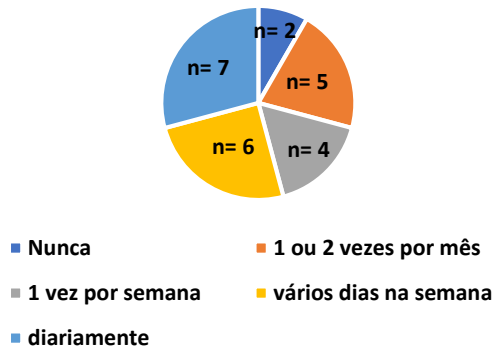
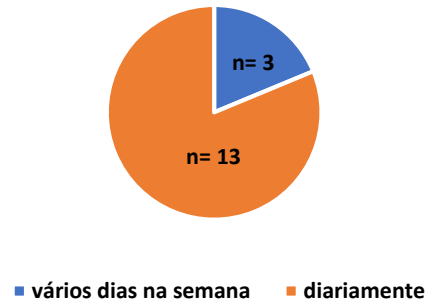


Gráfico 18 - Observação da Planta dos Pés II



Fonte: Questionário

Relativamente à fase de colheita de dados, expressa no gráfico 9, sobre a observação do espaço interdigital compreendeu-se que somente 8 dos inquiridos o faziam diariamente e 5 afirmaram fazê-lo 1 vez por semana.

Gráfico 9 - Observação do Espaço Interdigital I

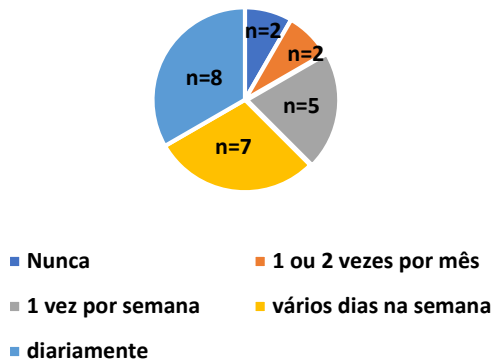
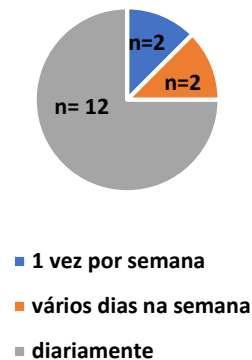


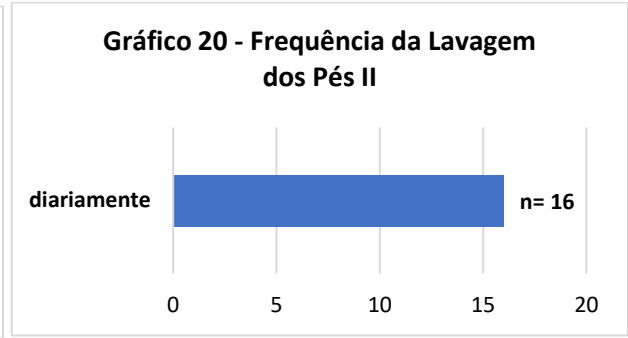
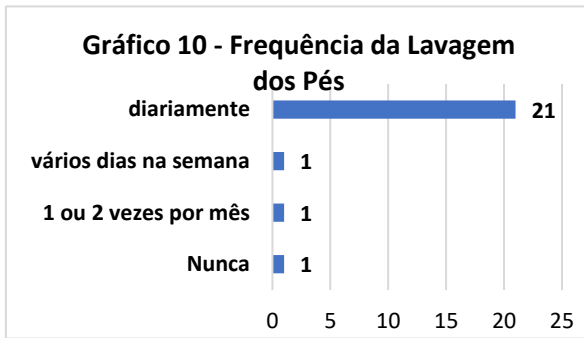
Gráfico 19 - Observação do Espaço Interdigital II



Fonte: Questionário

Observando o gráfico 19, compreende-se que houve uma melhoria, na medida em que 12 dos inquiridos passaram a observar o seu espaço interdigital diariamente e os restantes passaram a fazê-lo “vários dias na semana” ou “1 vez por semana”.

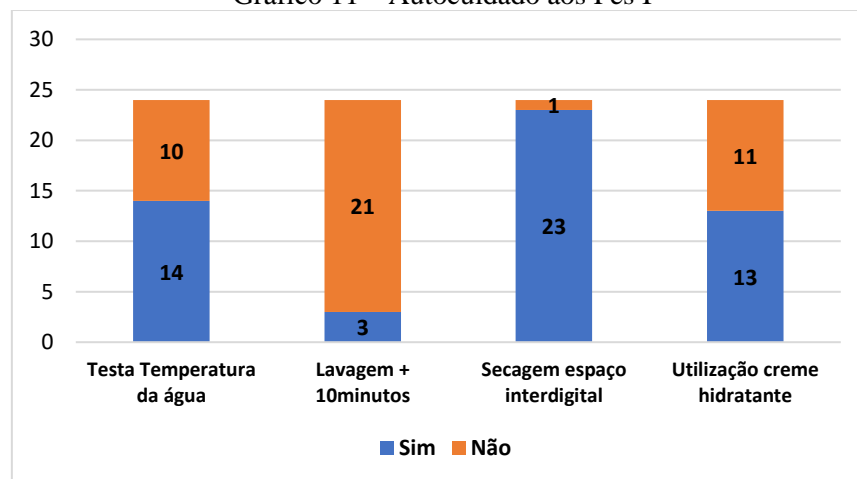
Sobre a lavagem regular dos pés, comparando o gráfico 10, com o gráfico 20, verifica-se que houve uma melhoria, uma vez que todos os inquiridos responderam que o fazem diariamente.



Fonte: Questionário

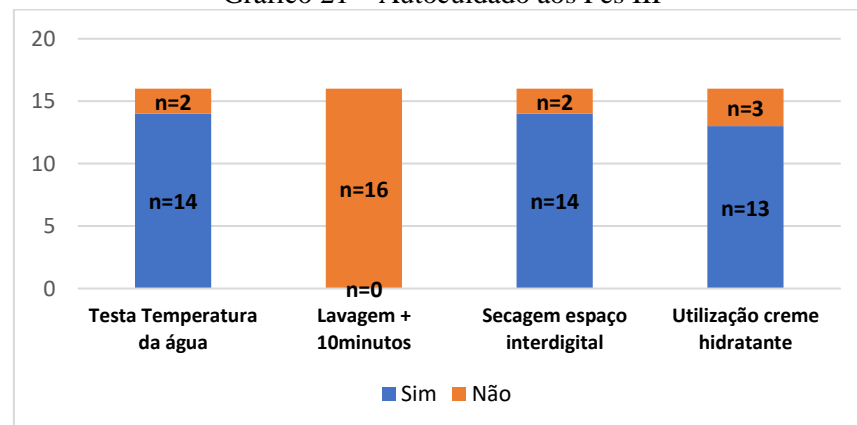
Ainda sobre o autocuidado aos pés, compreende-se que houve melhorias significativas, após as sessões de educação para a saúde, somente 2 dos inquiridos referiram não testar a temperatura da água, sendo que na fase de diagnóstico foram 10 as pessoas que o afirmaram não fazer. Todos os inquiridos referiram não ter os pés dentro de água mais de 10 minutos, 14 dos inquiridos referiram secar o espaço interdigital e 13 dos inquiridos referiram fazer hidratação aos pés diariamente.

Gráfico 11 – Autocuidado aos Pés I



Fonte: Questionário

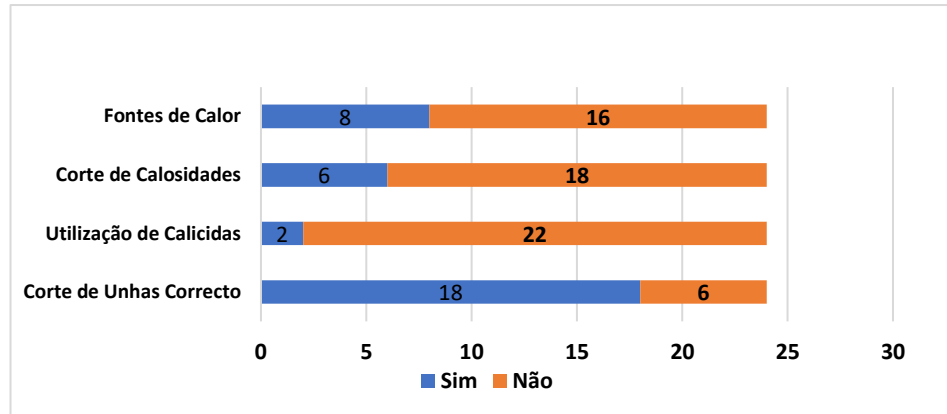
Gráfico 21 – Autocuidado aos Pés III



Fonte: Questionário

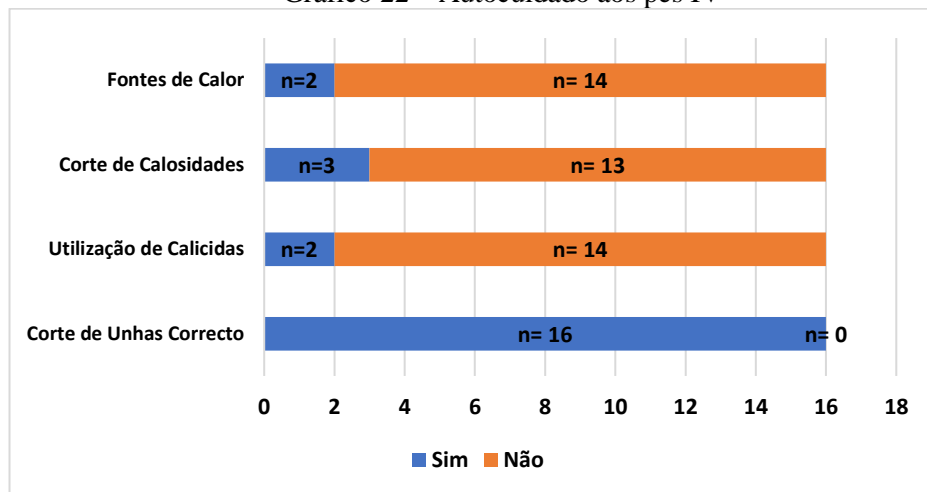
Observando os gráficos 12 e 22, compreende-se que após as sessões de educação para a saúde apenas dois dos inquiridos referiram utilizar fontes de calor para aquecer os pés. Tanto no corte correto das unhas como na utilização de calçadas houve uma melhoria bastante significativa. Após as sessões todos os indivíduos fazem o corte correto das unhas.

Gráfico 12 – Autocuidados cm os Pés II



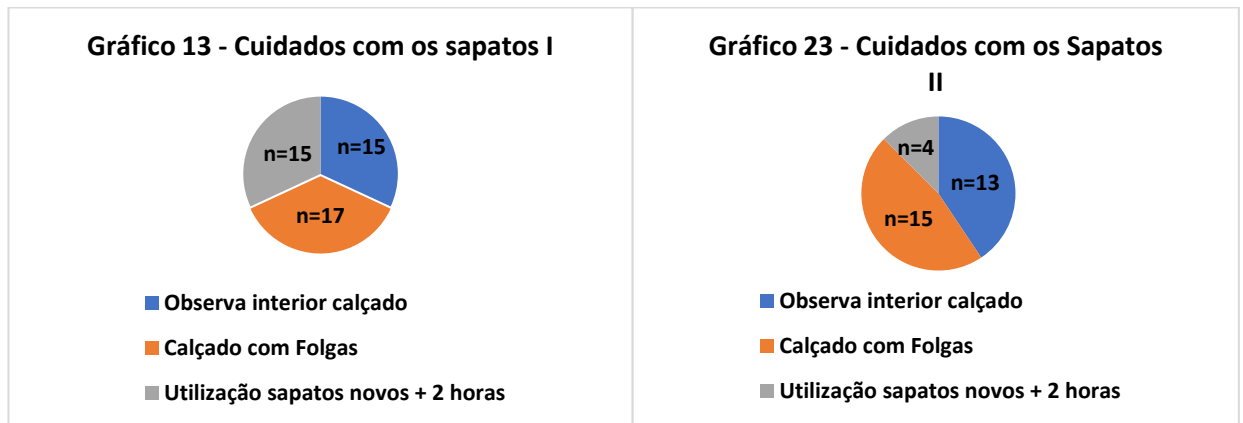
Fonte: Questionário

Gráfico 22 – Autocuidado aos pés IV



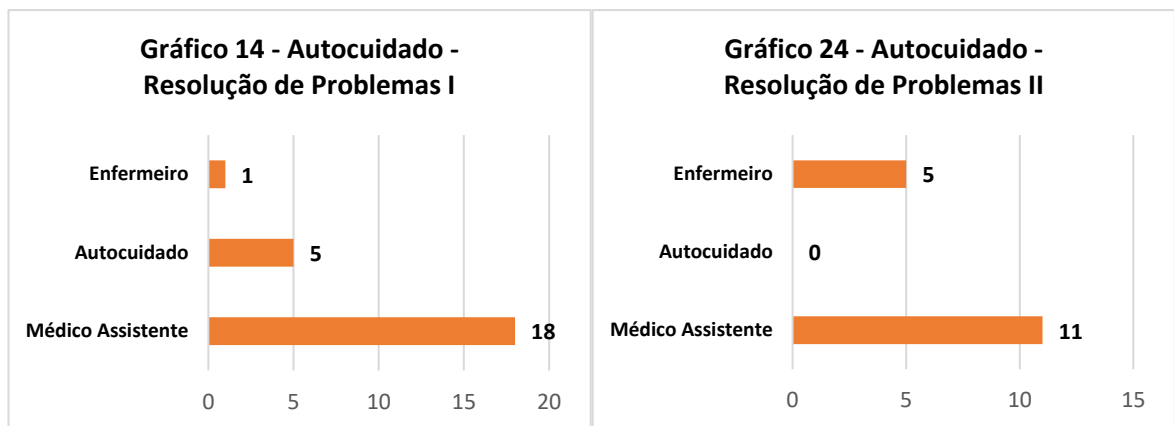
Fonte: Questionário

Sobre a utilização de sapatos adequados compreende-se, observando os gráficos seguintes que houve uma melhoria significativa, em relação à fase de diagnóstico da situação: sendo que apenas 1 indivíduo referiu não utilizar sapatos com folgas e 3 referiram não observar o interior do calçado antes de o utilizar e apenas 4 referiram ainda usar sapatos novos mais de duras horas seguidas.



Fonte: Questionário

Relativamente à resolução dos problemas, na fase de diagnóstico de situação apenas 1 dos inquiridos referiu que recorria ao seu Enfermeiro quando se deparava com problemas, após a realização das sessões de educação para a saúde os resultados não foram novamente muito animadores uma vez que apenas 5 dos inquiridos referiu pedir ajuda ao seu Enfermeiro e 11 ao seu Médico Assistente. Houve uma melhoria relativamente à compreensão de que quando se deparam com um problema não tentar resolvê-lo sozinho, sendo que nenhum dos inquiridos referiu recorrer ao autocuidado.



Fonte: Questionário

Foi feita uma análise dos resultados de melhoria ao nível do autocuidado, em relação à fase de diagnóstico, como forma a compreender se a meta definida previamente foi atingida. Esta análise pode ser observada na tabela seguinte:

Tabela 10 – Melhoria do Autocuidado.

Défices de Autocuidado	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Observação diária da Planta dos pés	29,2%	81,2%
Observação diária do espaço interdigital	33,3%	75%
Testam a temperatura da água	58,3%	87,5%
Hidratação dos pés	54,2%	81,2%
Corte correto das unhas	75%	100%
Utilizam fontes de calor	33,3%	12,5%
Utilização de sapatos novos +2 horas	62,5%	25%
Observação do interior do calçado	62,5%	81,2%
Autocuidado quando surgem problemas	20,8%	100%

Fonte: Mestranda

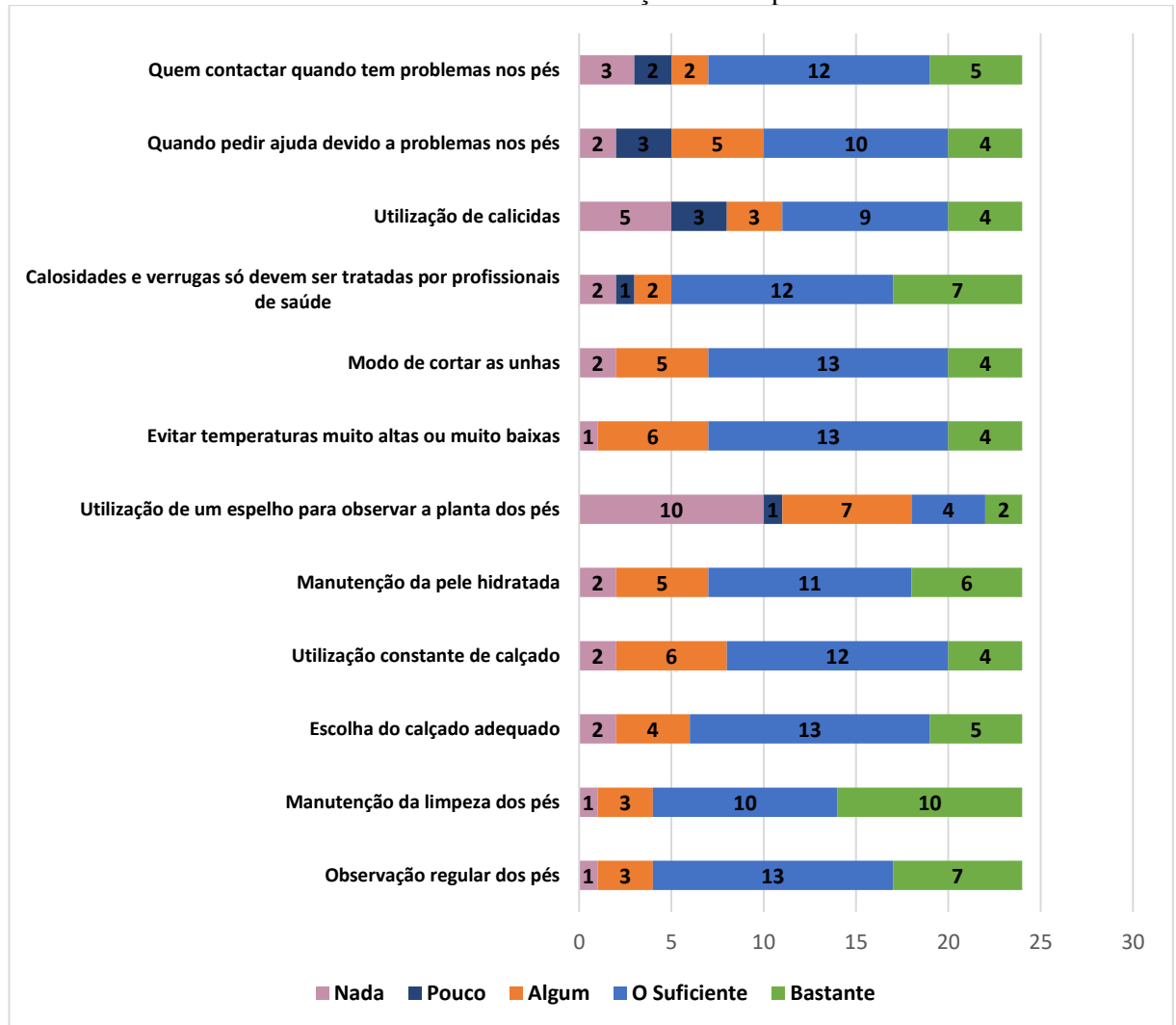
Analisando a tabela acima compreende-se que foi obtida uma média de melhoria de 108%, nos parâmetros que foram analisados, considerando-se assim que a primeira meta “Aumentar em 60% a melhoria dos parâmetros relacionados com o défice de autocuidado”, foi bem alcançada com sucesso.

O grupo V do instrumento de colheita de dados avalia o grau de informação sentido pelas pessoas inquiridas relativamente aos cuidados a ter com os pés. Nos gráficos seguintes é possível comparar o nível de informação sentida antes e após as sessões de educação para a saúde.

No gráfico 25 é possível observar que a maioria dos inquiridos respondeu a todas as questões colocadas com “o Suficiente” ou “Bastante”, sendo que apenas em duas dimensões “Utilização de calçadas” e “Utilização de um espelho para observar a planta dos pés” as respostas “o Suficiente” e “Bastante” estiveram abaixo dos 70%. Sendo assim possível supor que haverá uma mudança de comportamento ao nível do autocuidado.

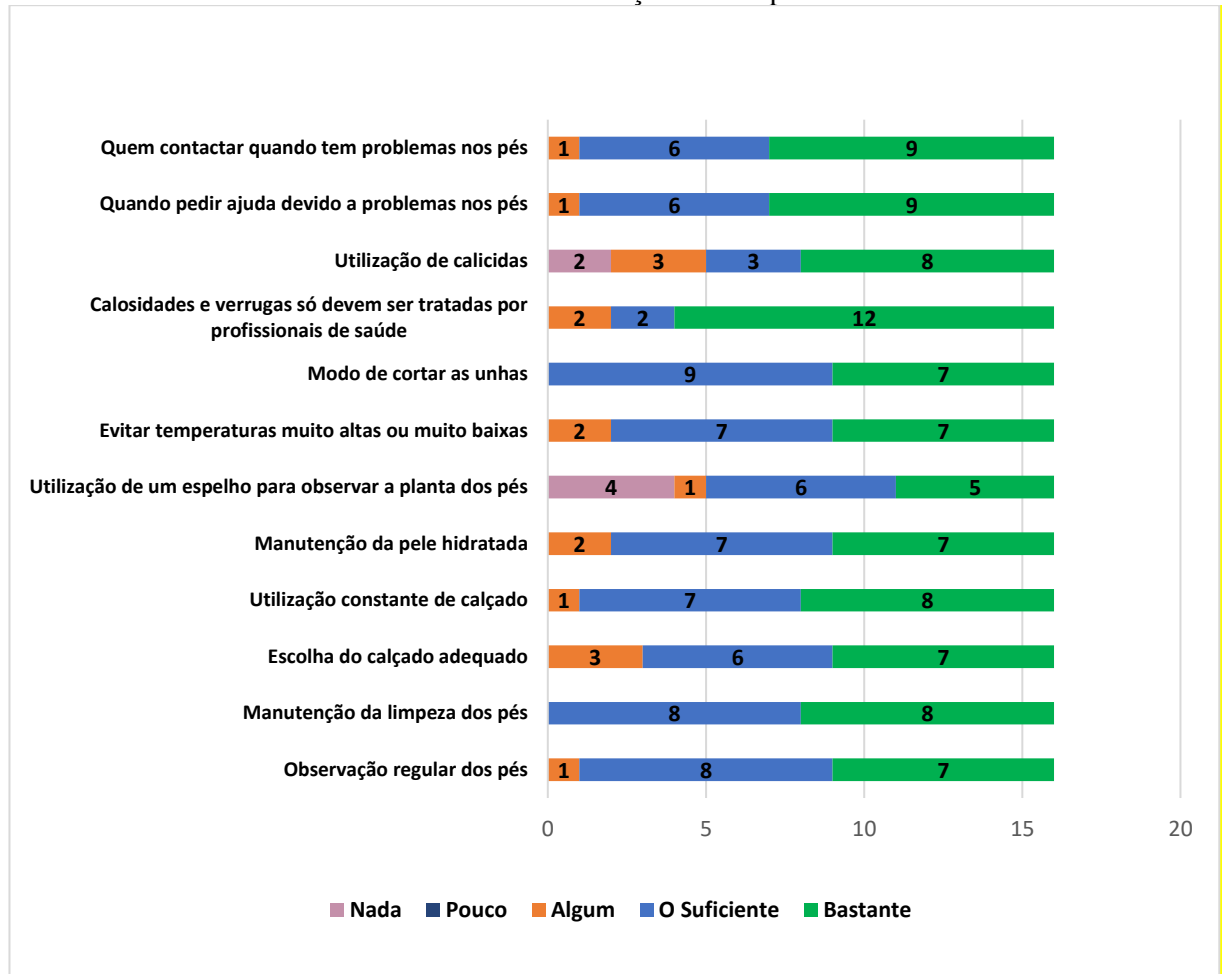
De um modo geral, compreende-se que houve um aumento da informação sentida pelos participantes e uma maior perceção da importância do profissional de saúde e das sessões de educação para a saúde na prevenção do pé diabético.

Gráfico 16 – Nível de informação sentida pelos Utentes I



Fonte: Questionário

Gráfico 25 – Nível de informação sentida pelos Utentes II



Fonte: Questionário

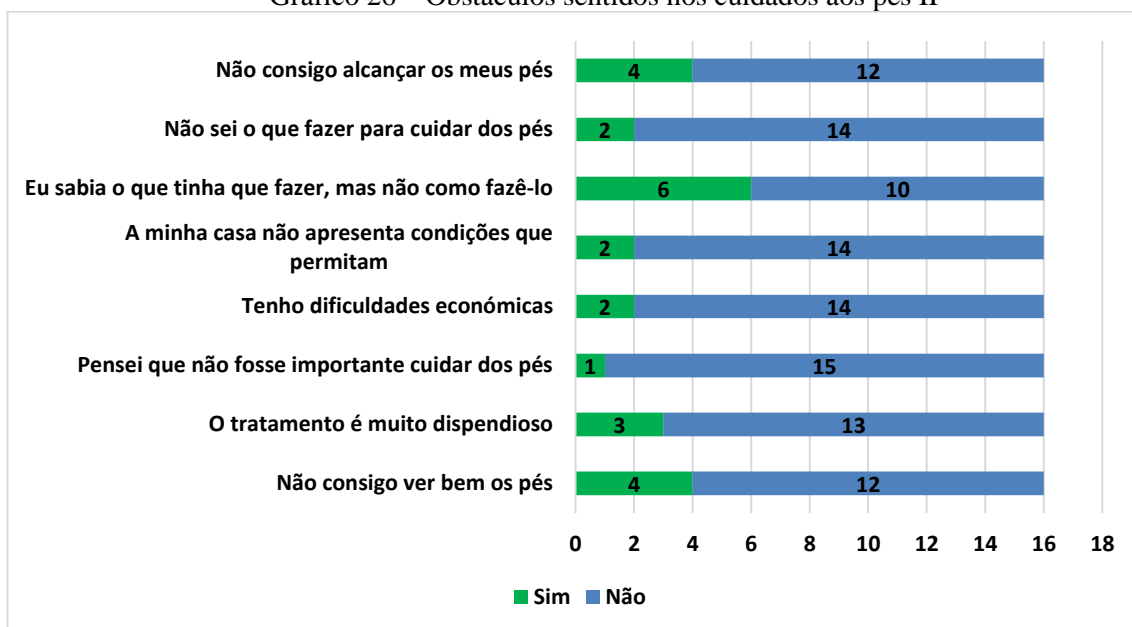
Relativamente ao grupo VI, foram analisados os obstáculos que os inquiridos encontravam relativamente ao cuidar dos seus pés. Em todas as dimensões é possível observar que houve uma melhoria relativamente aos obstáculos sentidos, exceto na dimensão “O tratamento é muito dispendioso”. Relativamente à dimensão “Pensei que não fosse importante cuidar dos pés”, houve uma melhoria de 79% para 93,7% dos inquiridos a mostrarem ter conhecimento da importância do autocuidado aos pés como forma de prevenir lesões de pé diabético.

Gráfico 17 – Obstáculos sentidos nos cuidados aos pés I



Fonte: Questionário

Gráfico 26 – Obstáculos sentidos nos cuidados aos pés II



Fonte: Questionário

Considera-se que esta melhoria consegue justificar a segunda meta que foi previamente definida “Conseguir que 90% dos participantes identifiquem a importância do autocuidado aos pés como forma de prevenção de úlceras”.

Importa ainda referir que foi ainda avaliado o grau de satisfação dos indivíduos que participaram nas sessões de educação para a saúde, atendendo as atividades desenvolvidas. Esta avaliação foi feita tendo por base um questionário (apêndice X) aplicado no final das sessões, a todos os participantes. O resultado do questionário consta na tabela seguinte, onde é possível compreender

que de uma forma geral, todos os participantes consideraram as sessões importantes para o aumento de conhecimento.

Tabela 11 – Avaliação das sessões de educação para a saúde

Questões	Não Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
	Nº	Nº	Nº
1. O tema da Sessão esteve de acordo com as minhas necessidades.	0	5	11
2. Considero que a informação transmitida durante a sessão foi adequada atendendo ao tema.	0	1	15
3. As Enfermeiras incentivaram-me a participar.	0	0	16
4. As Enfermeiras foram claras na informação prestada.	0	0	16
5. As enfermeiras esclareceram as minhas dúvidas.	0	1	15
6. Considero que os materiais utilizados foram adequados.	0	2	14
7. O tempo de duração da sessão foi adequado.	0	1	15

Fonte: Questionário de avaliação da sessão

Analisando os resultados obtidos com esta intervenção de carácter comunitário é possível compreender que os resultados são satisfatórios permitindo alcançar os objetivos delineados e quase todas as metas previamente fixadas. Embora a adesão às sessões de educação para a saúde não tenha sido a esperada, as sessões realizadas tiveram sucesso e isso traduz-se nos resultados alcançados. Assim, foi possível contribuir para a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado de forma a prevenir a úlcera de pé diabético, o nosso objetivo geral.

O aumento de conhecimentos da pessoa diabética sobre os cuidados com os pés é essencial para minimizar a ocorrência das complicações. Esse conhecimento deve ser fornecido pelos profissionais da saúde e as medidas preventivas devem ser construídas em conjunto com o utente (Fassina, Coelho, Zinezi, Silva, Bramante & Costa, 2018).

Na sua Tese de mestrado, Silva (2011) sugere que devem ser desenvolvidos e implementados programas educacionais mais direcionados ao indivíduo, criar e aplicar instrumentos que avaliem o autocuidado que os doentes diabéticos têm relativamente aos pés, realizando entrevistas e pedindo a descrição ou exemplificação dos cuidados que estes têm. Desta forma, conseguem identificar e colmatar lacunas na prática do autocuidado e em consequência diminuir a morbilidade associada a doença e os custos para o doente e para a sociedade.

3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde primários têm assumido cada vez mais um papel relevante na promoção de saúde e prevenção da doença. Neste sentido os cuidados de Enfermagem adquirem também elevada importância e conhecimentos técnicos e científicos adquiridos através de estudos especializados.

O estágio ajuda no desenvolvimento de competências contribuindo assim para a consolidação da entidade profissional dos Mestrando. Este deve representar um processo de aprendizagem que leva à aquisição e consolidação dos conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista, sendo assim capaz de raciocinar e resolver problemas em enfermagem comunitária (Caldeira *et al.*, 2019).

No decorrer do Mestrado em Enfermagem foram desenvolvidos dois estágios que decorreram, entre Maio de 2019 e Janeiro de 2020, com a duração total de 336 horas. Estes estágios permitiram adquirir as competências comuns aos Enfermeiros Especialistas e as competências específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O Enfermeiro Especialista é: “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialização em enfermagem (...)” (OE, 2019: 4744). Os Enfermeiros Especialistas partilham competências comuns que são gerais a todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialização (OE, 2019).

As competências comuns aos Enfermeiros Especialistas são: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua de qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE,2019).

A **Responsabilidade profissional, ética e legal** foi atingida com a realização do Estágio e o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária. Nele foram salvaguardadas questões éticas e legais como o respeito pela privacidade dos participantes do projeto. Foram realizados os pedidos às Comissões de Ética da ULSNA, E.P.E. e do Instituto Politécnico de Portalegre. Foi também melhorada a responsabilidade profissional, através da tomada de decisão, orientada sempre pelos princípios éticos inerentes à profissão.

Relativamente a **Melhoria contínua de qualidade** esta competência foi atingida através da realização do projeto de intervenção comunitária, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde. Permitiu uma melhoria continua através da realização de um diagnóstico de saúde, definição de atividades, objetivos e a melhoria de um dos indicadores do Centro de Saúde relativamente à proporção de utentes com DM com registo de Úlcera do Pé.

Todo o planeamento realizado durante o projeto de intervenção contribuiu para a melhoria continua.

A competência **Gestão dos cuidados** foi atingida através da metodologia do planeamento em saúde em que foram realizadas sessões de educação para a saúde, capacitando assim à comunidade para o autocuidado. Neste contexto foi promovido o trabalho em equipa uma vez que houve o envolvimento da equipa neste projeto.

Por último, a competência **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foi adquirida através de todas as aprendizagens feitas ao longo deste percurso. Foi apreendida uma prestação de cuidados adaptada à comunidade, através das sessões de educação para a saúde. Realizou-se um folheto informativo, com uma linguagem adequada aos participantes das sessões e informações atualizadas sobre os cuidados aos pés. Realizou-se ainda um artigo científico com o título “Pé diabético: Importância da Promoção do Autocuidado”, que constituiu uma revisão integrativa e cujo seu resumo consta no apêndice XI. A mestrandia assistiu ainda ao 4º Simpósio Ibérico de Diabetes subordinado ao tema: “O Impacto do Pé Diabético: preparar o futuro”, promovido pela ELCOS–Sociedade Portuguesa de Feridas e Centro de Estudos e Investigação em Feridas, no dia 16 de Novembro de 2019.

É da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública o desenvolvimento da sua prática junto da comunidade, de forma a dar resposta as suas necessidades. Este realizou uma formação especializada e adquiriu competências que lhe deram a capacidade de fazer uma avaliação multicausal e de fazer parte nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública. Esta formação forneceu-lhes ainda competências para participar e desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e ao empoderamento das comunidades. Deste modo, intervém em diferentes contextos, garantindo o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados em grupos sociais com necessidades específicas, com contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais. Assume assim um entendimento sobre os problemas de saúde e uma elevada

capacidade para responder de forma adequada às necessidades das diferentes pessoas, grupos ou comunidade, proporcionando ganhos em saúde (OE, 2011).

A OE define, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública as seguintes competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

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

A realização do presente Estágio e Projeto estão assentes na aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, uma vez que, para a realização do presente projeto realizou-se a avaliação do estado de saúde de uma comunidade utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, adquirindo assim a competência: **a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.**

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido atendendo às necessidades da população, verificadas através de um diagnóstico de saúde, foram realizadas sessões de educação para a saúde em que foi utilizado um Mapa de Conversação a partir do qual foi feita a capacitação neste caso das pessoas diabéticas para o autocuidado com os pés, sendo que o Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020, refere que: “A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.” (DGS, 2015:21), adquirindo assim simultaneamente a competência **b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades** e a competência **c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.** No mesmo Plano está descrito que as doenças não transmissíveis, como é o caso da DM são responsáveis pela maioria das mortes em Portugal e na Europa, assim sendo, devem ser tomadas medidas de prevenção e controlo.

A realização deste Projeto teve por base um estudo descritivo, quantitativo, em que se fez um diagnóstico da situação, aplicando um questionário a pessoas com DM pertencentes a uma população, estas atividades estiveram assentes da competência: **d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.** Neste sentido importa ainda referir que no contexto do estágio a Mestranda participou em programas de vigilância epidemiológica como o programa nacional de vacinação contra a gripe.

Importa também referir que ao longo do Estágio foi realizada a integração da Mestranda nos CSP, tendo sido realizadas várias atividades de forma a fomentar a aquisição prática de competências. A Mestranda esteve presente e prestou cuidados à comunidade no espaço físico da UCSP e na visita domiciliar. Participou nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, Consulta de Enfermagem ao Domicílio, Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar e de Saúde Materna, Vacinação, Consulta de Enfermagem de Diabetes, realizou tratamentos de ambulatório e realizou Consultas de Follow Up. Compreendeu também a articulação e a dinâmica entre Médico de Família e o Enfermeiro de Família.

Ao nível da gestão compreendeu o funcionamento dos programas informáticos de gestão, sendo eles: o Maximo – Pedidos de Transportes e Intervenção, onde se realizam os pedidos de intervenção de material e instalações e pedidos de transporte; o SAGRIS é o Sistema de Apoio à Gestão de Risco, onde é feita a notificação de úlceras e quedas que são obrigatórias devido ao cumprimento de indicadores; o PAUF é uma plataforma eletrónica que suporta a construção do Plano de Ação pelas Unidades Funcionais. Nele consegue-se aceder aos indicadores e ver quais foram atingidos e as percentagens atingidas. Consegue-se ainda aceder ao plano de atividades e os relatórios funcionais. Por fim, as requisições de material ao armazém também são feitas on-line. O pedido é mensal ou feito exta acordo, no caso de algum material específico para um momento. No final de casa semestre é feito um inventário no armazém físico do Centro de Saúde.

Compreende-se assim, que através de todo o trabalho desenvolvido ao longo do desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, foram adquiridas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Considera-se ainda que ao longo deste período foram adquiridas as competências para a atribuição do grau de mestre. O grau de mestre é um grau académico legislado através do Decreto-Lei n.º63/2016 de 13 de Setembro, Capítulo III, Artigo 15º, que refere que o grau de mestre é atribuído a quem demonstre:

“1 — O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando- se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multi-disciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Ministério Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016:3174)

Atendendo ao Decreto – Lei e assumindo todo o percurso feito no desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, intitulado “Prevenção Do Pé Diabético: Contributo Da Consulta De Enfermagem”, cujo objetivo foi contribuir para a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado de forma a prevenir a úlcera de pé diabético, uma necessidade verificada durante o diagnóstico da situação, considera-se ter atingido o grau de mestre. Foi ainda escrito um artigo científico intitulado “Pé diabético: Importância da Promoção do Autocuidado”. Desta forma assume-se que foram atingidos os requisitos para obter o grau de mestre após a discussão pública deste relatório.

Assim sendo, todo o Estágio e o desenvolvimento do projeto foram essenciais para a aquisição das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, sendo que todos os pontos do Projeto estão assentes nestas mesmas competências.

CONCLUSÃO

A Diabetes é uma doença com elevado impacto socioeconómico, atingindo todas as faixas etárias e pode ter grande impacto na qualidade de vida das pessoas diabéticas. Quando mal controlada a diabetes leva ao desenvolvimento de complicações tardias, sendo que uma das mais impactantes é o pé diabético. No decorrer dos estágios e desenvolvimento do projeto foi tido em atenção esta temática.

Na realização do enquadramento teórico deste relatório compreendeu-se que a prevenção e a promoção do autocuidado são a melhor forma de controlar a doença e as suas complicações, tendo sido logo compreendida a importância de intervir nesta área como forma a modificar os comportamentos das pessoas que participam neste projeto, aumentando a adesão aos cuidados.

Para a realização deste projeto utilizou-se a Metodologia do Planeamento em Saúde tendo esta sido bastante útil uma vez que nos fornece as bases para a elaboração de projetos de intervenção comunitária de forma organizada, estruturada e coerente, permitindo-nos enquanto futuros Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública o desenvolvimento das nossas atividades. Nesta fase, foi aplicado um questionário que nos permitiu compreender os conhecimentos sobre o autocuidado do pé diabético que os participantes apresentavam, tendo sido possível definir prioridades e objetivos, que fossem de encontro às necessidades previamente identificadas. Foi tida por base a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, que assenta no autocuidado e refere que o Enfermeiro auxilia as pessoas de modo a que estas executem o seu autocuidado. A realização deste Projeto teve ainda por base uma intervenção no âmbito da educação para a saúde como forma de prevenir doenças e modificar comportamentos, beneficiando assim o autocuidado da pessoa com diabetes.

A estratégia educativa utilizada foi um Mapa de Conversação, um instrumento que a partir de ilustrações interativas permite a partilha de experiências entre pessoas com diabetes e os profissionais de saúde. Nos estudos feitos sobre os mapas de conversação em diabetes foi compreendida a importância destes na autogestão do cuidado. As estratégias educacionais utilizadas verificaram-se adequadas uma vez que os objetivos propostos foram alcançados. Na avaliação final compreendeu-se que esta foi positiva pois verificaram-se mudanças de comportamentos de autocuidado e um aumento dos conhecimentos. Importa ainda referir que foi perceptível o aumento do número de

participantes que identificaram a importância do autocuidado aos pés como forma de prevenção de úlceras no pé.

Durante as sessões de educação para a saúde compreende-se que muitos dos participantes desconheciam algumas das informações partilhadas durante a sessão e reviram-se em algumas das situações do quotidiano expostas no mapa, mostrando assim que alguns já estiveram em situação de risco sem o compreenderem. Com a aplicação do questionário em que foram avaliadas as sessões de educação para a saúde foi possível compreender que os participantes ficaram satisfeitos com o conteúdo das sessões, mostrando assim que a capacitação dos cidadãos promove a sua consciencialização sobre aquilo que são ações promotoras de saúde, compreendendo assim a importância de participar nestas iniciativas que promovem a literacia e o empoderamento das comunidades.

Os participantes das sessões, no final, partilharam o agrado por terem participado nas sessões. Seria positivo que passassem a informação aos indivíduos que optaram ou viram-se impossibilitados de comparecer às sessões a que estavam inscritos, como forma a motivá-los caso o projeto tenha continuidade.

Importa referir que o resultado das sessões mostrou o interesse de toda a equipa da UCSP e UCC neste tipo de intervenção em utentes com diabetes, tendo sido mostrado o interesse de continuar com o projeto.

Na fase de avaliação do projeto foi possível concluir que de todos os indicadores, o único que não foi atingido com sucesso foi o indicador de processo “ Pelo menos 70% dos participantes do Projeto inscritos na sessão compareçam”, para colmatar esta falha fez -se uma quarta sessão de educação para a saúde como forma a abranger todos os participantes do projeto e permitir que o maior número de pessoas fosse capacitada, no entanto sem grande sucesso. As pessoas comprometiam-se, mas não compareciam.

Apesar da importância deste projeto, ele apresenta algumas limitações que são necessárias referir: pelas suas características académicas o tempo de intervenção é limitado. Além disso a amostra populacional é reduzida e assim sendo os dados obtidos não podem ser generalizados.

Para finalizar, o percurso feito ao longo deste estágio foi de elevada importância uma vez que contribuiu para um ganho de conhecimento e para a compreensão do funcionamento dos cuidados de saúde primários, permitindo assim um ganho de competências. Atendendo que toda a experiência profissional da mestranda foi adquirida na Rede de Cuidados Continuados e em contexto

hospitalar, esta experiência foi muito gratificante para o conhecimento da realidade da Comunidade e o ganho de experiência em contexto fora do hospital tendo sido profissionalmente e pessoalmente bastante enriquecedor.

Conclui-se assim que o objetivo geral para o presente projeto “Contribuir para a capacitação das pessoas com Diabetes tipo 2 para a promoção do autocuidado de forma a prevenir a úlcera de pé diabético” e que os objetivos específicos “Aumentar os conhecimentos que os Utentes com Diabetes têm sobre o autocuidado com os pés” e “Avaliar a importância que os Utentes diabéticos dão ao autocuidado com os pés.”, foram atingidos. Conclui-se ainda que o desenvolvimento dos estágios e respetivo relatório contribuíram para a capacitação e empoderamento de um grupo de pessoas com diabetes tipo 2 para o autocuidado aos seus pés como forma de prevenir o desenvolvimento de lesões. Os estágios, a par do relatório contribuíram para o desenvolvimento das competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apdp. (2010). *Pé Diabético - Caminhando para um Futuro Melhor*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Ed.
- Apdp – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2019, junho). A diabetes – complicações. *In APDP*. Disponível em <https://apdp.pt/diabetes/complicacoes/>
- Caldeira, E., Pires, A., Canhestro, A., Reis do Arco, H., Casas-Novas, V., Serra, I., Xavier, S., Nunes, A., Martins, F., Martins, M. (2019). Guia orientador do estágio final - Área de especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Portalegre.
- Carvalho, L., Ferreira, A., Medeiros, P., Queiroga, F., Moreira, R., Negreiros, F. (2018) Conversation map: an educational strategy in the care of elderly people with diabetes mellitus. *In Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 925-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0064>
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa, Portugal. Acedido em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa Nº:05/PNPCD. Acedido em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/circular-normativa-n-05pnpcd-de-22032010-pdf.aspx>.
- Direção Geral de Saúde (2011a). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, Norma da Direção Geral da Saúde nº002/2011. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2011b). Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético, Norma da Direção Geral da Saúde nº005/2011. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052011-de-21012011-pdf.aspx>.
- Direção Geral de Saúde (2011c). Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético, Norma da Direção Geral da Saúde nº003/2011. Disponível em

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052011-de-21012011-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. Portugal. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdnssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Diabetes 2017. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22724/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Diabetes%202017.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde (2015). Parecer sobre o acesso a informação de saúde. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1582/Publica__o_Parecer_-_ERS_016_2015.pdf

Fassina, G., Coelho, G., Zinezi, N., Silva, B., Bramante, C., Costa, J. (2018). Avaliação do autocuidado em pacientes portadores do pé diabético. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(4), 200-6. doi: 10.23925/1984-4840.2018v20i4a4

Fernandes, A. (2018). Retrato da Saúde, Portugal: Ministério da saúde. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Fortin, Marie – Fabienne (1999). O processo de Investigação: Da concepção à realização (1ª edição). Loures, Portugal: LUSOCIÊNCIA

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (2019). Causas de Morte 2017. Lisboa. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=358633033&PUBLICACOESStema=55538&PUBLICACOES-mod=2

Khanolkar, M. P., Bain, S. C., & Stephens, J. W. (2008, março). The diabetic foot. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 101(9), 685–695. doi: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcn027>

- Leite, F. (2010). Pé Diabético. (Tese de Mestrado em Medicina). Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55570/2/Tese%20Mestrado%20P%20Diabtico.pdf>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análises de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. (1ª edição). Braga, Portugal: Psiquilíbrios Edições
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 176, 3159 - 3191. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/63/2016/09/13/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde (2007). Decreto-Lei n.º 50-B/2007. Diário da República n.º 42/2007, 2º Suplemento, Série I, nº50-B/2007, 1414-(29) a 1414-(37). Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/50-b/2007/02/28/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ohl, R., Chavaglia, S., Gomes, J., Freitas, M., & Gamba, M. (2019). Mapa De Conversação Como Estratégia De Ensino Para O Desenvolvimento Do Autocuidado Em Diabetes Mellitus. *Enfermagem Em Foco*, 10(2), 110–117. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1964>
- Orem, D. (2011) *Nursing: concepts of practice*. 6ª edição. St. Louis: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 19254-19359. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744 - 4750. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

- Organização Mundial de Saúde (2015). Resumo – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Geneva, Suíça: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=F5F42AA26B78BB26F980EFCA02B4ABAE?sequence=6
- PORDATA (2019). Base de dados Portugal Contemporâneo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Programa Nacional para a Diabetes (2017). Programa Nacional para a Diabetes 2017. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014, nov-dez.). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º3*, 157-164. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Queiroz, S. (2011). Reflexões sobre Educação para a Saúde. In Observatório das Políticas de Educação e Formação. Disponível em <http://www.op-edu.eu/artigo/reflexoes-sobreeducacao-para-a-saude>
- Santos, A. (2019). *MAPEANDO PÉS- Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2* (Relatório de mestrado em Enfermagem). Universidade de Évora, Évora, Portugal. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28809/1/Relat%C3%B3rio%20Final_Anabela%20Santos_2019.pdf
- Santos, B., Ramos, A., Fonseca, B. (2017, abril) Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing. *Process for improving care., Journal of Aging & Innovation*, 6 (1), 51-54. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Santos, A., Vaz, A., Mendes, F., Alves, J., Santana, R., Leão, T., Ramos, V. (2018). Capítulo 1 Meio Caminho Andado. In Relatório Primavera 2018. Lisboa, Portugal: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Schaper, N., Netten, J., Apelqvist, J., Lipsky, B., & Bakker, K. (2016). Prevention and management of foot problems in diabetes: a Summary Guidance for Daily Practice 2015, based

on the IWGDF Guidance Documents, 32, 7–15. doi:
<https://doi.org/10.1002/dmrr.2695>

- Silva, J. (2011). *Prevenção no pé diabético e autocuidados: o que sabem e o que fazem os nossos doentes* (Tese de Mestrado em Medicina). Universidade do Porto, Porto, Portugal. Acedido em: <https://core.ac.uk/download/pdf/143399571.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa, Portugal: Observatório Nacional da Diabetes. Disponível em: <http://spd.pt/images/OND/DFN2015.pdf>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Portugal: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tschiedel, B. (2014, set-out.). *Complicações crônicas do diabetes*. *JBM*, 103,7-12. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4502.pdf>
- Vitor, A., Lopes, M., Araujo, T. (2010, jul-set.). *Teoria do déficite de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem*. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14 (3), 611-616. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25.pdf>

APÊNDICES

**APÊNDICE I –
Pedido de Autorização ao Diretor do Centro de Saúde**

Eu, [REDACTED] Diretor do Serviço/Unidade de Cuidados de Saúde personalizados [REDACTED], declaro que estão reunidas as condições materiais e humanas para a realização do projeto de estágio da aluna Maria Inês Domingues Gomes.

[REDACTED] 31 de maio de 2019

Assinatura [REDACTED]

[REDACTED]
Medicina Geral e Familiar

**APÊNDICE II –
Pedido de Autorização ao Presidente do Conselho de Administração
da ULSNA**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SAÚDE DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Saúde



ES
Escola Superior
Saúde
Partoeps



IPS
Escola Superior de
Saúde



ESSE
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Submissão de Projeto de Investigação

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

Eu, Maria Inês Domingues Gomes, estudante do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que decorre no ano letivo de 2018/2020, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre, encontro-me presentemente a realizar Estágio I de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED] e da Sra. Professora Doutora Helena Reis do Arco, no período de 20 de maio a 28 de junho, de 2019. Posteriormente ao Estágio I irá ocorrer o Estágio Final, no período de setembro de 2018 a final de janeiro de 2020.

Como objetivo do Estágio I pretende-se que elabore o diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, razão pela qual solicito a sua autorização para a realização do Projeto no Centro de Saúde [REDACTED]

Título do Projeto: *Consulta de enfermagem de diabetes: prevenção do pé diabético, um contributo para a comunidade.*

Equipa de Investigação:

Investigador Principal – Maria Inês Domingues Gomes.

Orientador – Professora Doutora Helena Arco

Coorientador – Enfermeira [REDACTED] especialista em Enfermagem Comunitária e mestre em Gestão de Unidades de saúde.

Contextualização: A Diabetes Mellitus é uma doença que requer uma gestão adequada por parte dos utentes diabéticos. Quando a gestão é inadequada surgem complicações a

vários níveis, sendo o Pé Diabético uma das complicações que representa elevada gravidade e frequência. O objetivo principal do presente projeto é: Capacitar as pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 para a promoção dos autocuidados, de forma a prevenir a úlcera de pé diabético. Para atingir este objetivo pretende-se realizar um Projeto de Intervenção Comunitária, utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, direcionado para os Utente com Diabetes Tipo II, que frequentam as Consultas de Enfermagem de Diabetes do Centro de Saúde [REDACTED]. Para o desenvolvimento do projeto será aplicado um questionário da autoria da Dra. Joana Correia da Silva, utilizado na sua tese de Tese de Dissertação Mestrado Integrado em Medicina, na Universidade do Porto. Este questionário encontra-se validado e será aplicado aos utentes com diabetes tipo 2, considerados na nossa amostra. Além de introdução de algumas intervenções na consulta de enfermagem de Diabetes pretende-se realizar sessões de educação para a saúde.

Fundamentação e pertinência do estudo: Os problemas de saúde que mais acometem as pessoas mais velhas são as doenças crónicas que podem ser controladas de forma eficaz se forem detetadas precocemente e se a pessoa tiver o apoio adequado na gestão da sua doença. (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015)

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica com condicionantes graves para a saúde e bem-estar individual e da qual resultam altos custos sociais e para os sistemas de saúde. A prevalência da Diabetes tem aumentado, sendo considerada pela OMS como a pandemia do século XXI. A prevalência mundial na população adulta é de 8,5%. Estima-se que nos próximos 20 anos, pode atingir mais de 20% da população mundial. (Programa Nacional para a Diabetes [PND], 2017) Em Portugal, a prevalência da diabetes na população com idades entre os 25 e 74 anos, é de 9,8%, sendo que a média europeia é de 9,1%. A nível regional, o Alentejo tem a maior prevalência de Diabetes, apresentado uma prevalência de 11,3%. Nas faixas etárias mais envelhecidas (entre os 65-74 anos) a prevalência é de 23,8%. (OMS, 2015) No ano de 2017, a região do Alentejo, registou a proporção mais elevada de morte por Diabetes no país com 5,5% da mortalidade. (INE [Instituto Nacional de Estatística], 2019)

Um das complicações crónicas da diabetes é o pé diabético, que não sendo tratado de forma adequada pode evoluir para amputações minor ou major, sendo responsável por elevados graus de incapacidade levando à perda de qualidade de vida das pessoas, sendo crucial fazer uma avaliação regular do risco de forma a prevenir

complicações. Em 2016, o número de amputações minor foi de 604 e de amputações major foi de 433. (PND, 2017) O PND (2017) define como objetivo a atingir para uma das suas metas de Saúde a 2020 a diminuição do número de amputações major por pé diabético.

Procedimentos metodológicos:

O objetivo geral do presente projeto é:

- Capacitar as pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 para a promoção dos autocuidados, de forma a prevenir a úlcera de pé diabético.

E os Objetivos específicos são:

- Avaliar o risco de úlcera de pé diabético dos utentes que frequentam a Consulta de Enfermagem de Diabetes;
- Avaliar a importância que os Uteses diabéticos dão aos autocuidados aos pés;
- Aumentar os conhecimentos que os utentes com Diabetes têm sobre os autocuidados aos pés;
- Envolver os enfermeiros do Centro de Saúde para que estes colaborem na manutenção do projeto, de forma a que estes mantenham as alterações introduzidas na Consulta de Enfermagem de Diabetes.

Relativamente à amostra são os utentes do Centro de Saúde [REDACTED] que comparecem com mais frequência às Consultas de Enfermagem de Diabetes e com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos, que saibam ler e escrever, quem não apresentem úlcera de pé e que não tenham elevado risco de pé diabético, atendendo a estes critérios constituiu-se uma amostra de 30 pessoas.

O instrumento de Recolha de dados utilizado será um questionário dividido em 6 partes e que avalia várias dimensões. Este questionário foi elaborado por uma médica para a sua tese de Tese de Dissertação Mestrado Integrado em Medicina. O questionário, para o qual já foi obtido consentimento para a utilização, será anexado a este documento.

A recolha de dados será feita através da distribuição dos questionários aos utentes do Centro de Saúde, contemplados na amostra. Antes será entregue pela Sra. Enfermeira Orientadora, [REDACTED] um consentimento informado aos utentes que aceitem voluntariamente participarem, para lerem e assinarem. Será garantido a confidencialidade

dos dados e o anonimato dos participantes. O nome do centro de saúde onde foram desenvolvidas as atividades será omitido no relatório.

O tratamento dos dados será realizado através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

A forma de divulgação dos resultados será através de um Relatório Escrito.

Procedimentos Éticos: Para a realização do presente Projeto, será assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes do estudo. Será ainda garantido o anonimato dos participantes através da agregação da análise de dados. Será fornecido um consentimento informado aos Utentes que aceitem participar, através de um contacto da Sra. Enfermeira Orientadora, [REDACTED]

Benefícios que resultarão do estudo: Os benefícios que resultam do estudo passam pelo maior controlo da doença, das suas complicações e de uma forma mais específica, procura contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a estes utentes.

Estudos prévios em que se baseia a investigação:

“MAPEANDO PÉS- Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2”, relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, de Anabela Gonçalves Dos Santos (2019). A Enfermeira Anabela Dos Santos teve um parecer favorável da comissão de ética da ARSLVT, para a realização do seu projeto de intervenção comunitária.

Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária (2015). Artigo publicado na Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201500042>

Consulta de Enfermagem de Diabetes: Um Contributo para a Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem, relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, de Maria José Birrento Simões (2011)

Promover, na Pessoa com Diabetes, o Autocuidado ao Pé, relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, de Maria José Castro Bento (2014)

Promoção do autocuidado num grupo de utentes com diabetes: Prevenir as lesões dos pés, relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, de Deonilde Cláudia Peixoto de Sousa Pina (2013)

Bibliografia de suporte:

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019). Causas de morte 2017. Lisboa, Portugal. Acedido em: www.ine.pt

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). Resumo – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Geneva, Suíça: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?jsessionid=F5F42AA26B78BB26F980EFCA02B4ABAE?sequence=6

Programa Nacional para a Diabetes [PND] (2017). Programa Nacional para a Diabetes 2017. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.

Anexos:

- Exemplar dos instrumentos de recolha de dados com o Consentimento da autora, Dra. Joana Silva.
- Exemplar do documento de consentimento informado
- Termo de aceitação do(s) orientador(s) Professora Doutora Helena Arco, Enfermeira [REDACTED]
- Termo de aceitação da Direção da Instituição onde se desenvolve o projeto, Dr. [REDACTED]

Assinatura do Investigador

Maria Inês Domingues Gomes

Data

07 Junho 2019

APÊNDICE III –

Pedido de Autorização à Autora do Instrumento de Colheita de Dados

Joana Silva <jtcsilva@gmail.com>

qui, 30/05/2019 07:20

Para: Maria Inês



Bom dia,
Eu autorizo a utilização do meu questionário.
Com os melhores cumprimentos,
Joana Silva

No dia 29/05/2019, às 12:47, Maria Inês <ines_gomes_2@hotmail.com> escreveu:

- > Boa tarde Dra. Joana,
- > O meu nome é Maria Inês Gomes e estou a frequentar o mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no Instituto Politécnico de Portalegre. No âmbito do meu mestrado estou a realizar um projecto de intervenção comunitária sobre a Consulta de enfermagem de Diabetes: prevenção do pé diabético. Nesse sentido, o seu questionário que utilizou no seu mestrado integrado em Medicina seria uma mais valia, para a minha recolha de dados no Centro de Saúde.
- > Gostava de obter a sua autorização.
- > Muito Obrigada,
- > Maria Inês Gomes
- >
- > Enviado do meu iPhone

**APÊNDICE IV –
Consentimento Informado para os Participantes do Projeto**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Saúde



Escola Superior de Saúde
de Portalegre



IPS
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Consentimento Para a Participação do Projeto

AO PARTICIPANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a),

Eu, Maria Inês Domingues Gomes, estudante do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que decorre no ano letivo de 2018/2020, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre, encontro-me presentemente a realizar Estágio I de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED] da Sra. Professora Doutora Helena Reis do Arco, no período de 20 de maio a 28 de junho, de 2019. Posteriormente ao Estágio I irá ocorrer o Estágio Final, no período de setembro de 2018 a final de janeiro de 2020.

Como objetivo do Estágio I pretende-se que elabore o diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, razão pela qual solicito a sua participação voluntária para participar no presente projeto com vista a obter um maior entendimento sobre o problema, identificar prioridades, fixar objetivos e envolver os profissionais da equipa multidisciplinar. A proposta de tema de projeto

Consulta de enfermagem de diabetes: prevenção do pé diabético, um contributo para a comunidade.

A evolução dos conhecimentos científicos, nos mais diversos domínios, tem sido possível graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da sua participação.

Asseguramos que neste projeto será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo.

O seu consentimento é essencial para o correto diagnóstico da situação de saúde deste grupo/comunidade e, por conseguinte, para o sucesso da implementação deste projeto não obstante este por ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal relacionado. Acrescento ainda, que a sua participação não acarreta quaisquer custos para o próprio.

O tempo médio previsto para a aplicação desta técnica de pesquisa é de 20 minutos aproximadamente. Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para o participante).

Informo também, que estou disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário, durante a realização do Estágio I e Estágio Final, através do seguinte contacto: 915366089.

Com a expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço desde já pela mesma. Grato pela atenção, [REDACTED] : 2019.

Maria Inês D. Gomes

Maria Inês Domingues Gomes

(Na qualidade de Estudante da 3.ª Edição de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública)

[REDACTED]
Enfermeira Especialista [REDACTED]

(Na qualidade de Orientadora de Estágio)

Helena do Arco

Professora Doutora Helena do Arco

(Na qualidade de Orientadora de Estágio)

Declaração de participante:

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;

Deste modo, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do projeto Consulta de enfermagem de diabetes: prevenção do pé diabético, um contributo para a comunidade, a ser realizado pelo estudante, Maria Inês Domingues Gomes, no âmbito do mestrado em associação, sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED] e da Sra. Professora Doutora Helena do Arco.

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) autorizo a minha participação neste estudo/projeto:

[REDACTED] / /

Nome:

Assinatura do Participante/ Representante (riscar o que não interessa)

BI/ CD n.º; data/ validade

Nome do investigador

Assinatura

**APÊNDICE V –
Folheto Informativo “Prevenção do Pé Diabético”**

As complicações da Diabetes

Uma diabetes mal controlada pode gerar complicações. As complicações mais frequentes manifestam-se nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, sendo a diabetes a principal causa de amputação de membros inferiores (SPD, 2016).

Os fatores de risco que tomam as pessoas mais suscetíveis ao aparecimento de complicações são: o colesterol alto, a hipertensão arterial, o mau controlo das glicémias e o tabagismo (APDP, 2010).

O Pé Diabético

O Pé Diabético é uma das complicações com maior impacto, levando à perda de qualidade de vida. Cerca de 25% de todas as pessoas com diabetes tem condições favoráveis para o aparecimento de lesões nos pés (DGS, 2010).

A diabetes pode afetar os nervos e os vasos dos seus pés, causando:

- Perda de sensibilidade, deixando de sentir dor, temperatura ou pressão, pelo que pode magoar o pé sem sentir;
- Pele grossa, com fissuras que se podem transformar em feridas;
- Dor enquanto caminha;
- Pés frios, e com má circulação;
- Deformação dos pés

O cuidado aos pés são importantes para evitar as lesões conhecidas por "Pé Diabético"

Siga os conselhos:

- Os pés devem ser observados diariamente no final do dia, num local iluminado e com a ajuda de um espelho;
- Devem ser procuradas manchas, gretas, feridas, calosidades, alterações nas unhas e de temperatura e observar os espaços entre os dedos. No caso de alterações procure a ajuda do seu enfermeiro de família;



- A lavagem dos pés deve ser diária e deve ser utilizado um sabonete hidratante e água tépida corrente e a temperatura da água verificada. Os pés nunca devem ficar "de molho". A aplicação de vinagre é aconselhada;

A Diabetes

A Diabetes é uma doença crónica cuja prevalência aumenta com a idade e atinge todos os sexos. Caracteriza-se pelo aumento dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia) cuja causa pode ser a insuficiente produção de insulina, a insuficiente ação da insulina ou a combinação destes dois (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2016).

Existem quatro tipos de diabetes: a Diabetes tipo 1; a Diabetes tipo 2; a Diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes (Direção Geral de Saúde [DGS], 2011). A Diabetes tipo 2 ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar a insulina produzida.

São vários os fatores possíveis para o desenvolvimento da Diabetes tipo 2: Obesidade, alimentação inadequada e inatividade física; o envelhecimento; a resistência à insulina; história familiar de diabetes e a etnia.

O seu controlo e tratamento resulta da conjugação de três fatores: alimentação, exercício físico e administração terapêutica adequada (SPD, 2016).



- Deve ser utilizado diariamente um creme hidratante e não gorduroso. Deve ser aplicado desde a raiz dos dedos até aos joelhos;
- Para a secagem dos pés deve utilizar uma toalha clara de algodão, sem friccionar a pele e devem ser secos os espaços entre os dedos;



- O corte correto das unhas deve ser reto, sem bicos e nunca muito curtas. O ideal é utilizar uma lima de cartão, uma ou duas vezes por semana. Para a remoção das calosidades não deve usar calosidas nem objetos cortantes. Devem usar -se lixas de pés, pelo menos duas vezes por semana;



MESTRADO EM ENFERMAGEM
INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde de Portalegre
III Mestrado em Enfermagem em Associação
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO



Elaborado por:

Enfermeira Maria Inês Gomes
Enfermeira

Novembro 2019

- Deve utilizar meias 100% algodão ou de lã no Inverno. Devem ser brancas ou de cor clara. Não devem garrotar a perna;
- Os sapatos devem ter uma biqueira larga em pele, com atacadores ou velcros e com um salto entre os 2 e os 4 cm e sola de borracha. Nunca deve andar descalço e o interior dos sapatos deve ser inspecionado diariamente;



- Não deve aquecer os pés utilizando fontes de calor. Utilize apenas roupa, meias de lã, cobertores ou mantas. (APDP, 2010)

APÊNDICE VI - Cronograma

ANO	2019																		2020								
	MÊS	05				06				09		10				11				12				01			
SE- MANA	24 / 28	1 / 5	8 / 12	15 / 19	22 / 27	18 / 20	23 / 27	1 / 4	7 / 11	14 / 18	21 / 25	28 / 31	4 / 8	11 / 15	18 / 22	25 / 29	2 / 6	9 / 13	16 / 20	23 / 27	1 / 3	6 / 10	13 / 17	20 / 24	27 / 31		
ACTIVI- DADES																											
Preparação do Projeto																											
Distribuição Questionários																											
Definição de Prioridades																											
Definição de Objetivos																											
Seleção de Estratégias (parcerias, planificação das atividades, recursos)																											
Organização dos grupos para a sessão + agendamento																											
Realizar folheto informativo																											
Realização panfleto de divulgação + cartas convite																											
Divulgação do projeto																											
Artigo Científico																											
Definição dos indicadores																											
Realização sessões de educação para a saúde																											
Aplicar Questionários 2																											
Avaliação dos Indicadores																											

**APÊNDICE VII -
Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde**

<p align="center">PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: “Mapa de Conversação: “A diabetes e o cuidado com os pés”</p>					
<p>Conteúdo da Atividade: A importância do autocuidado aos pés, observação dos pés, higiene e cuidado aos pés e a importância da aderência as consultas de enfermagem do pé diabético.</p>					
<p>Objetivos da Atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a capacitação das pessoas com diabetes tipo 2 para o autocuidado aos pés através do aumento de conhecimentos sobre a temática. • Promover a partilha de experiências entre pessoas com diabetes tipo 2 sobre o autocuidado aos pés; 					
<p>Participantes: Utentes da Consulta de enfermagem de Diabetes que cumpram os critérios de inclusão e exclusão e que tenham aceite participar no Projeto.</p>					
<p>Método: Método interativo e expositivo</p>					
<p>Datas e local: 2 a 3 sessões com data e horário a definir, no Centro de Saúde</p>					
TEMPO	ETAPAS	ATIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS NECESSÁRIOS	FORMADORES
15 min	Apresentação	Apresentação dos formadores e participantes e partilha de expectativas	Apresentação oral com diálogo interativo		<p align="center">Maria Inês Gomes</p>
10 min	Introdução	Explicar o tema da sessão, os objetivos e como vai ser realizada a sessão.	Exposição visual do Mapa de Conversação.	Mapa de Conversação: “A diabetes e o cuidado com os pés”	
60 min	Desenvolvimento	Executar o mapa de conversação Entrega do Folheto informativo	Método expositivo	Mapa de Conversação: “A diabetes e o cuidado com os pés”	
20 min	Avaliação da Sessão	Esclarecimento de dúvidas; Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos.	Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Questionário	
5 min	Conclusão	Agradecimentos			
<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelo menos 70% dos participantes do Projeto compareçam às sessões de educação para a saúde; (Indicador de Processo) • Pelo menos 80% dos participantes considerem que esta foi importante para o aumento dos seus conhecimentos; (Indicador de Processo) • Pelo menos 80% dos participantes considerem que a metodologia adequada. (Indicador de Processo) • 100% das sessões planeadas devem ser executadas. (indicador de Processo). 					

**APÊNDICE VIII –
Carta Convite**

4 de Novembro de 2019

Caro Utente,

No seguimento do questionário ao qual gentilmente respondeu vimos por este meio convidá-lo para uma sessão de educação para a saúde sobre o Pé Diabético.

Esta sessão foi realizada por nós, a pensar em si e nas suas necessidades atendendo às respostas por si dadas no questionário.

A sessão tem como objetivos a promoção da capacitação das pessoas com diabetes tipo 2 para o autocuidado aos pés, através do aumento de conhecimentos sobre a temática e a promoção da partilha de experiências entre pessoas com diabetes tipo 2 sobre o autocuidado aos pés.

Contamos com a sua presença e dos seus familiares, certas que esta sessão será uma mais valia para si na gestão da sua doença e do autocuidado aos seus pés. A sessão terá a duração de cerca de 2 horas.

Se por algum motivo não puder comparecer na data solicitada, agradecemos que nos contactasse para o número de telefone 925366089.

Muito Obrigada pela sua colaboração,

(Enfermeira Maria Inês Gomes)

(Enfermeira [redacted])

**APÊNDICE IX –
Panfleto de Divulgação**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
III Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**Sessões de Educação para a Saúde:
DIABETES E O CUIDADO COM OS PÉS**



Vamos conversar sobre o pé diabético!

DATAS:

22 de Novembro

5 de Dezembro

FORMADORES:

Enfomeira [Redacted]

Enfomeira Maria Inês Gomes

LOCAL:

[Redacted]



**APÊNDICE X –
Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Após a sua participação nesta sessão de educação para a saúde, agradecemos a sua avaliação, através da resposta às afirmações abaixo:

Sessão de Educação para a Saúde Questionário Avaliação da Sessão			
	Não Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. O tema da Sessão esteve de acordo com as minhas necessidades.			
2. Considero que a informação transmitida durante a sessão foi adequada atendendo ao tema.			
3. As Enfermeiras incentivaram-me a participar.			
4. As Enfermeiras foram claras na informação prestada.			
5. As enfermeiras esclareceram as minhas dúvidas.			
6. Considero que os materiais utilizados foram adequados.			
7. O tempo de duração da sessão foi adequado.			

Muito Obrigada pela sua colaboração!

**APÊNDICE XI –
Resumo do Artigo Científico**

Resumo

Objetivo: A Diabetes Mellitus é uma doença que requer uma gestão adequada por parte dos utentes diabéticos. Quando a gestão é inadequada surgem complicações a vários níveis, sendo o Pé Diabético uma das complicações que representa elevada gravidade e frequência. As sessões de educação para a saúde têm sido utilizadas para a capacitação dos doentes diabéticos para o autocuidado. O presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa sobre a importância das sessões de educação para a saúde na promoção do autocuidado como forma de prevenção do pé diabético. **Métodos:** O método utilizado foi o da revisão integrativa de artigos científicos existentes na B-on e EBSCOhost, de forma a dar resposta ao objetivo principal. **Resultados:** De um modo geral, todos os artigos revelam a importância das sessões de educação para a saúde como forma de prevenção do pé diabético, através da promoção do autocuidado. **Conclusões:** As sessões de educação para a saúde mostram ser uma metodologia de elevada importância para a promoção do autocuidado relativamente aos pés.

Descritores (DeCS): “Pé diabético”; “Autocuidado”; “Cuidados de Enfermagem” e “Educação em Saúde”

Abstract

Objective: Diabetes Mellitus is a disease that requires proper management by diabetic patients. When management is inadequate, complications arise at various levels, and Diabetic Foot is one of the complications that represents high severity and frequency. Health education sessions have been used to empower diabetic patients to self-care. This article aims to conduct an integrative review on the importance of health education sessions in promoting self-care as a form of prevention of diabetic foot. **Methods:** The method used was an integrative review of existing scientific articles in B-on and EBSCO, in order to respond to the main objective. **Results:** All articles reveal the importance of health education sessions as a form of prevention of diabetic foot, through the promotion of self-care. **Conclusions:** Health education sessions show to be a very important methodology for the promotion of self-care regarding feet.

Descriptors (DeCs): “Diabetic Foot”; “Self care”; “Nursing care” and “Health education”

Resumen

Objetivo: La diabetes mellitus es una enfermedad que requiere un tratamiento adecuado por parte de los pacientes diabéticos. Cuando el manejo es inadecuado, surgen complicaciones en varios niveles, y el pie diabético es una de las complicaciones que representa una alta gravedad y frecuencia. Las sesiones de educación para la salud se han utilizado para capacitar a los pacientes diabéticos para el autocuidado.

Este artículo tiene como objetivo realizar una revisión integradora sobre la importancia de las sesiones de educación para la salud en la promoción del autocuidado como una forma de prevención del pie diabético.

Métodos: El método utilizado fue una revisión integrativa de artículos científicos existentes en B-on y EBSCO, para responder al objetivo principal.

Resultados: En general, todos los artículos revelan la importancia de las sesiones de educación para la salud como una forma de prevención del pie diabético, a través de la promoción del autocuidado.

Conclusiones: Las sesiones de educación para la salud muestran ser una metodología muy importante para la promoción del autocuidado con respecto a los pies.

Descriptor: “Pie Diabético”; “Autocuidado”; “Atención de Enfermería”; “Educación en Salud”

ANEXOS

**ANEXO I –
Autorização do Presidente e Parecer da Comissão de Ética da
ULSA, E.P.E**



ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 2019/04749 (Nov)
02.08.19
Sandra Oliveira

INFORMAÇÃO

N.º21/2019, de 02 de agosto

De: Maria Luiza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo "Consulta de enfermagem de diabetes: prevenção do pé diabético, um contributo para a comunidade."

PARECER	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
	<p>Concordo com o parecer emitido assim como a referida formação. Processa-se em conformidade.</p> <p><i>João Moura Reis</i> Presidente do Conselho de Administração</p>

A requerente, Maria Inês Domingues Gomes, enfermeira, mestranda em Enfermagem em Associação com especialidade na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo "Consulta de enfermagem de diabetes: prevenção do pé diabético, um contributo para a comunidade."

Cumprе apreciar:

I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do estudo salienta-se o facto da doença diabetes requerer uma gestão adequada, por parte dos utentes para evitar decorrências graves, sendo o pé diabético uma das complicações que representa elevada gravidade e frequência.

II- Objetivos

1- Objetivo geral

- Capacitar as pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 para a promoção dos autocuidados, prevenindo a úlcera de pé diabético.

2- Objetivos gerais

- Avaliar o risco de úlcera de pé diabético dos utentes que frequentam a consulta de enfermagem de diabetes;
- Avaliar a importância que os utentes diabéticos dão aos autocuidados aos pés;
- Aumentar os conhecimentos que os utentes com diabetes têm sobre o autocuidado aos pés;
- Envolver os enfermeiros do Centro de Saúde para que estes colaborem na manutenção do projeto, para que mantenham as alterações introduzidas na Consulta de Enfermagem de Diabetes.



III- Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo e correlacional.

IV- População alvo

Utentes do Centro de Saúde de [redacted] que compareçam com mais frequência às consultas, com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos, que saibam ler e escrever.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Os dados são recolhidos através de um questionário dividido em 6 partes que se encontra em anexo e relativamente ao qual não existem questões ético legais a considerar, uma vez que na sua apresentação e no registo é garantido o anonimato.

O fundamento de legitimidade e licitude consiste no consentimento dos participantes, cujo modelo se encontra na documentação do estudo, nada existindo a assinalar do ponto de vista ético.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados será realizado através do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.

Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, tendo sido apresentado o modelo de consentimento informado, o qual se encontra em conformidade ética e legal, constituindo o consentimento dos participantes o fundamento da legitimidade quanto ao tratamento dos dados pessoais.

Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, existindo uma preocupação com o anonimato.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados pessoais, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "Consulta de enfermagem de diabetes: prevenção do pé diabético, um contributo para a comunidade."

A investigadora após finalizar o estudo deverá agendar a apresentação do mesmo na ULSNA.

É tudo quanto cumpre informar

P1a Comissão de Ética

Maria Luíza Lopes

MARIA LUIZA
NUNES LOPES
FERREIRA

Participa do Grupo de Trabalho de
Educação em Saúde do Centro de
Saúde de [redacted] e atua como
coordenadora do projeto de
prevenção do pé diabético em
parceria com a ULSNA.
Licenciada em Enfermagem
pela Universidade Nova de Lisboa
em 1998. Possui 20 anos de
experiência profissional.

Anexo: Requerimento com resumo do projeto do estudo e todos os documentos anexos.

De: Sandra Maria Victoria Santos Canhao Ferreira <Sandra.Ferreira@ulsna.min-saude.pt>

Enviado: 7 de agosto de 2019 09:04:19

Para: Maria Inês Domingues Gomes <maria.d.gomes@ulsna.min-saude.pt>; Raquel Maria Pinto Bacharel Bile <Raquel.Bile@ulsna.min-saude.pt>; Luisa Manuela Cascalho Serra Velez <Luisa.Velez@ulsna.min-saude.pt>

Cc: ULSNA - Comissão de Ética <comissao.etica@ulsna.min-saude.pt>

Assunto: Inf nº 21_2019_CES_Pedido de autorização para realização do estudo "Consulta de enfermagem de diabetes_prevenção do pé diabético, um contributo para a comunidade."

Serve o presente para comunicar a V. Exas, que o pedido supra mencionado em epígrafe, foi autorizado por decisão do Sr Presidente do Conselho de Administração proferida em 05-08-2019, conforme documento em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Maria Victoria Santos Canhao Ferreira
Assistente Técnico
Secretaria da Comissão de Ética para a Saúde

**ANEXO II –
Instrumento de Colheita de dados**

I

1. Sexo

Feminino

Masculino

2. Idade

_____ anos

3. Estado civil

Casado

Solteiro

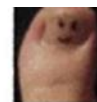
Divorciado

Viúvo

União de facto

4. Profissão

V.S.F.F.



5. Nível e Instrução:

- Sabe ler e escrever
- Ensino Primário Completo
- Ensino Básico Completo
- Ensino Secundário Completo
- Ensino Superior Completo

6. Fonte principal de rendimento

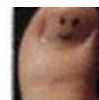
- Fortuna adquirida ou herdada.
- Rendimento baseado em honorários (profissões liberais).
- Vencimento mensal fixo, tipo funcionário.
- Salário quinzenal, semanal, diário, rendimentos reduzidos ou irregulares.
- Ajuda de origem pública ou privada.

7. Tipo de Habitação:

- Vivenda ou apartamento de luxo e muito confortável.
- Vivenda ou apartamento de categoria média, tanto em espaço, como em conforto.
- Casa ou apartamento modesto, em bom estado, com distribuição de água, luz e saneamento.
- Casa a que faltam um ou mais dos seguintes elementos: água, luz e saneamento.
- Casa imprópria

8. Aspecto do bairro onde habita

- Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
- Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
- Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.
- Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno ou das casas está diminuído.
- Bairro de lata



II

9. Responda às questões seguintes, tendo em conta os valores mais aproximados.

- a. Peso _____
- b. Altura _____
- c. Em que ano lhe foi diagnosticada a Diabetes? _____

10. Qual é o seu tipo de "Diabetes"?

- a. Tipo 1
- b. Tipo 2
- c. Não sei

11. Qual ou quais os tratamentos que faz para a "Diabetes"?

- a. Alimentação / exercício físico Sim Não
- b. Insulina Sim Não
- c. Antidiabéticos orais Sim Não

12. Apresenta alterações nos pés?

- a. Deformidades / calosidades/ infecções Sim Não
- b. Falta de sensibilidade/formigueiro Sim Não
- c. Dor tipo queimadura Sim Não
- d. Pés sempre frios Sim Não
- e. Úlcera/ferida prévia Sim Não
- f. Úlcera/ferida activa Sim Não
- g. Amputação do pé Sim Não
- h. Amputação de dedo(s) do pé Sim Não



13. Que outras doenças teve ou tem?

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Enfarte agudo do miocárdio | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. Insuficiência cardíaca | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. Acidente vascular cerebral | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d. Nefropatia diabética | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| e. Retinopatia diabética | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| f. Depressão | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| g. Outra _____ | | |

III

14. Costuma observar a planta dos pés?

- Nunca 1 ou 2 vezes por mês 1 vez por semana vários dias na semana diariamente

15. Costuma observar o espaço entre os dedos?

- Nunca 1 ou 2 vezes por mês 1 vez por semana vários dias na semana diariamente

16. Costuma lavar os pés?

- Nunca 1 ou 2 vezes por mês 1 vez por semana vários dias na semana diariamente

17. Quando lava os pés, testa previamente a temperatura da água?

- Sim Não



18. Quando lava os pés, mantém-nos de molho mais do que 10 minutos?

Sim Não

19. Ao limpar os pés, seca o espaço entre os dedos?

Sim Não

20. Costuma usar cremes hidratantes nos pés?

Sim Não

21. Costuma inspeccionar o interior do calçado antes de o usar?

Sim Não

22. Que tipo de sapatos usa?

Ajustados ao pé, sem folgas.

Com alguma folga, mas adaptados ao pé.

Outra. Qual? _____

23. Quando os seus sapatos são novos, usa-os durante quantas horas por dia?

Menos de 2 horas

Mais de 2 horas

24. Aproxima os pés de fontes de calor (aquecedores, botijas de água quente, etc.) ou lava-os com água muito quente?

Não

Sim

25. Corta as suas calosidades?

Sim Não

V.S.F.F.



26. Usa calosidas?

Sim Não

27. Como corta as unhas?

- a. Não muito rentes em especial os cantos.
- b. Rentes incluindo os cantos.
- c. Outra. Qual? _____

28. Se tiver algum problema nos pés que não melhora em poucos dias, o que faz?

- a. Recorre ao médico assistente.
- b. Faz tratamentos na tentativa de melhorar.
- c. Outro. Qual? _____

IV

29. Nos últimos 12 meses, no contacto com os profissionais de saúde, foi-lhe falado sobre:

a. Alterações da sensibilidade dos pés?

Não Uma vez Mais do que uma vez

b. Como deve fazer a observação diária dos pés?

Não Uma vez Mais do que uma vez

c. Tratamento de calosidades?

Não Uma vez Mais do que uma vez

d. Como deve cortar as unhas?

Não Uma vez Mais do que uma vez

V.S.F.F.



e. A forma como deve escolher os sapatos?

Não Uma vez Mais do que uma vez

f. Cuidados a ter com os sapatos e meias?

Não Uma vez Mais do que uma vez

V

30. Considera-se devidamente informado, acerca:

g. Observação regular dos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

h. Manutenção da limpeza dos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

i. Escolha do calçado adequado:

nada pouco algum o suficiente bastante

j. Utilização constante de calçado:

nada pouco algum o suficiente bastante

k. Manutenção da pele hidratada:

nada pouco algum o suficiente bastante

l. Utilização de um espelho para observar a planta dos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

m. A evitar temperaturas muito altas ou muito baixas:

nada pouco algum o suficiente bastante

n. Do modo de cortar as unhas:

nada pouco algum o suficiente bastante

V.S.F.F.



o. Que as calosidades e verrugas só devem ser tratadas por profissionais de saúde:

nada pouco algum o suficiente bastante

p. Da utilização de calçadas:

nada pouco algum o suficiente bastante

q. Quando pedir ajuda devido a problemas nos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

r. Quem contactar quando tem problemas nos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

VI

31. Obstáculos que encontra para cuidar dos seus pés:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. Não consigo ver bem os pés. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. Não consigo alcançar os meus pés. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. O tratamento é muito dispendioso. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d. Pensei que não fosse importante. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| e. Não sabia o que fazer. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| f. Tenho dificuldades económicas. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| g. A minha casa não apresenta condições que mo permitam. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| h. Eu sabia o que tinha que fazer, mas não como fazê-lo. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

Obrigada pela sua colaboração!

**ANEXO III –
Mapa de Conversação – “A diabetes e os cuidados com os pés”**

