



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Sandra Cristina Brás Santos

Porto fevereiro, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

FINAL INTERNSHIP REPORT

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária

Sandra Cristina Brás Santos

Instituto de Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem Católica

Orientação de: Prof. Doutor João Neves Amado

Coorientação de: Prof. Doutor Paulo Alves

Porto fevereiro, 2019

RESUMO

O presente relatório tem como propósito documentar o percurso realizado durante o Estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, que decorreu numa Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde no grande Porto, para obtenção do grau de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, tendo como requisito a aquisição de competências especializadas na prestação direta ou indireta de cuidados à pessoa, família, grupos e comunidades.

Na sequência deste estágio, foram desenvolvidas atividades em diferentes domínios da Enfermagem Comunitária, procurando este relatório refletir a diversidade e multiplicidade de áreas em que foi necessário aprofundar conhecimentos e competências. Assim, farei uma breve e sumária passagem sobre as diferentes experiências na área da Enfermagem Comunitária, de forma a demonstrar todas as oportunidades de aprendizagem na busca constante de conhecimento sustentado e as competências adquiridas para o exercício profissional. Um dos grandes objetivos foi a implementação de cuidados em programas de saúde, nos quais a promoção e educação para a saúde terão sempre o propósito de obter ganhos em saúde acrescidos. Os Enfermeiros de Saúde Pública têm um papel fundamental na capacidade de resposta às constantes mudanças nas comunidades e nas alterações das necessidades de saúde da população, de modo a contribuir para “formar uma sociedade forte e dinâmica”.

Deste caminho percorrido não posso deixar de salientar o desenvolvimento, crescimento e maturação de competências individuais e pessoais, que alicerçado em processos e saber anteriores os enriqueceu.

A temática escolhida para estudo foi a Diabetes *Mellitus*, tendo por base um projeto de investigação, no âmbito do estágio final, que decorreu na Unidade de Saúde Pública do ACeS Grande Porto, com aquisição de competências específicas, dando resposta à primeira etapa de um planeamento em saúde com especial ênfase na área da diabetes, mais concretamente o *pé diabético*. Assim, devido à elevada prevalência de portadores de Diabetes *Mellitus*, nesta área geográfica, em comparação com a região Norte e mesmo a nível Nacional, surge a necessidade de intervenção tão precoce quanto possível. Aquando da priorização dos problemas, foi definido que a adesão ao regime terapêutico constituía um aspeto emergente. Neste sentido foram conduzidas intervenções visando a intervenção na Adesão ao Regime Terapêutico na Diabetes *Mellitus*, procurando fortalecer e traçar caminhos para a Promoção da Saúde na Prevenção da Doença. Desta forma uma intervenção atempada, a nível da comunidade, revela-se fundamental prevenir o mais precocemente possível as complicações da doença e aumentar os níveis de qualidade de vida dos portadores da Diabetes *Mellitus*.

Este relatório inclui os diversos passos desta jornada, detalhe dos projetos desenvolvidos, vivências refletidas e competências que delas advieram, bem como a vontade de continuar a implementar projetos que se constituam como respostas a problemas colocados no exercício profissional, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Regime terapêutico, Enfermagem comunitária.

ABSTRACT

The purpose of this report is to elucidate the path taken to obtain the degree of master and nurse specialized in Community Nursing, and the acquisition of specialized skills in the direct or indirect provision of care to the person, family, groups and communities.

Following this stage, activities were developed in different domains of Community Nursing, seeking to reflect the diversity and multiplicity of areas in which it was necessary to deepen knowledge and skills. Thus, I will make a brief passage on the different experiences in the Field of Community Nursing, which cannot be under penalty of any area being wasted in which learning opportunities in the constant pursuit of sustained knowledge and skills acquired for professional practice. In this context, the Community-wide interventions implemented considered the NHP and its articulation with the objectives and targets. One of the major goals was also the promotion of empowerment as a strategy in health promotion and education. Community Health Nurses play a key role in responding to the constant changes in societies and changes in the health needs of the population, in order to contribute to "building a strong and dynamic society" (Portugal, Ministry of Health).

From this path I cannot fail to emphasize the development, growth and maturation of individual and personal competences, implying a defragmentation of previous knowledge processes and combat routines already conceived during nineteen years of professional experience, which motivates even more and constitutes, challenges.

The study chosen was the *Diabetes Mellitus*, based on a research project in the scope of the final stage, to be held at the Public Health Unit of ACeS Grande Porto, to acquire specific competencies, responding to the first stage of health planning. Thus, the theme focused on "Wounds, ostomies and incontinence", with special emphasis on the area of diabetes, more specifically the diabetic foot due to the high prevalence of *Diabetes Mellitus* carriers in this geographical area compared to the North region and even at the National level. I directed my primary research to follow the path taken in prioritizing the problems, in which adherence to the therapeutic regimen was emerging, then my interventions were in the sense of paths covered in the Adhesion of the Therapeutic Regimen in the *Diabetes Mellitus*, in an attempt to strengthen and tracing these paths for the Promotion of Health in the Prevention of Disease promoting the earliest possible complications and increasing levels of quality of life for those with the disease.

In short, this report includes the various steps involved in this process, the details of the projects developed, the experiences that have been reflected in them and their willingness to continue to implement projects that are responses to problems during professional practice, in which they contribute to the improvement care.

KEYWORDS: Therapeutic regimen, Community nursing.

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste relatório, bem como todo o caminho percorrido ao longo do trabalho desenvolvido, com trajetos por vezes tumultuosos face a condicionalismos vários, o meu profundo agradecimento a algumas pessoas que direta ou indiretamente não se esqueceram da minha existência.

Aos meus Pais pelo carinho e disponibilidade para ouvir os meus desabafos!

Ao meu Marido e aos meus dois Filhos que foram sempre o meu “Porto Seguro”!

À minha Tutora pela demonstração de um Profissionalismo de Excelência, a qual nunca o esquecerei!

Ao meu Orientador, pela paciência e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso!

Às minhas Colegas e Amigas deste Curso que percorreram os mesmos trilhos, por vezes difíceis, mas que fortaleceram laços de amizade com a certeza de que ficarão para a Vida!

Ao meu ACeS que permitiu esta minha caminhada pela sempre disponibilidade e compreensão, apostando na formação permanente dos seus profissionais para o enriquecimento de todos!

E por fim, mas não menos importante, aos profissionais do meu serviço que demonstraram sempre compreensão e paciência, repletos de palavras de alento!

OBRIGADA!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática Enfermagem
CPTAS	Curso Profissional de Técnico/a de Auxiliar de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DNO	Doenças de Notificação Obrigatória
EEC	Especialização em Enfermagem Comunitária
EESC	Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária
ES	Escola Secundária
ERPI	Estabelecimento Residencial para Idosos
INE	Instituto Nacional de Estatística
OCDE	Organização de Cooperação Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLS	Programa Local de Saúde
PND	Programa Nacional para a Diabetes
PNS	Plano Nacional de Saúde

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	9
2 - CONTEXTUALIZAÇÃO.....	11
2.1 - Enquadramento Teórico	11
2.2 - Gestão do Regime Terapêutico.....	13
2.3 - Projeto de Intervenção	13
3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE	15
3.1 - Diagnóstico de Situação	15
3.2 - Planeamento e Intervenções Desenvolvidas.....	19
3.3 - Avaliação das Intervenções	24
4 - OUTRAS ATIVIDADES	29
5 - REFLEXÃO.....	33
6 - CONCLUSÃO	37
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

1 - INTRODUÇÃO

O presente relatório emerge do percurso realizado na Unidade Curricular do Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC), que decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Grande Porto, e pretende ser o relato final de natureza reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), um enfermeiro especialista tem “um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis de elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2007).

A promoção da saúde, está sempre presente nas recomendações implícitas ou explícitas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo esta organização, a promoção da saúde constitui um processo que visa aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde e os seus determinantes. São defendidos princípios básicos em que o acesso à saúde constitui um direito humano fundamental, a equidade, o trabalho em rede e parcerias, a participação ativa da comunidade em todos os processos de saúde e/ou doença incutindo a responsabilidade individual no estado de saúde (*World Health Organization*, 2010).

A Enfermagem Comunitária desenvolve o seu trabalho na Comunidade, baseando a sua prática na assistência a famílias, grupos e comunidades, através da implementação de cuidados de qualidade em programas de saúde, cujo objetivo principal é a promoção da saúde, para obter ganhos acrescidos em saúde (Diário da República, 2018).

A investigação no âmbito da em saúde pública, incluindo sobre serviços de saúde, visa, entre outros, produzir conhecimento para a elaboração e implementação de políticas de saúde nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta vertente é fundamental na medida em que a capacidade de resposta às constantes mudanças sociais e às alterações das necessidades de saúde das populações, contribui para a formação de uma sociedade forte e dinâmica. Com vista à orientação do caminho a percorrer, o uso do Planeamento em Saúde como “um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na

aplicação dos recursos de saúde”, foi assumido em complemento com a “racionalização na utilização de recursos escassos 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 setores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1986).

O Programa Nacional para a Diabetes (PND) da autoria da Direção Geral da Saúde (DGS) orienta as intervenções dos profissionais de saúde para a padronização, a aplicação e monitorização dos itens de índice de massa corporal, para os hábitos e estilos de vida, nomeadamente atividade física, para o regime terapêutico/alimentar e para o autocuidado. No ACeS em que o estágio decorreu, no ano de 2014, foram diagnosticados 946 novos casos de Diabetes *Mellitus* (DM) de tipo 2, resultando numa incidência de 6,3 novos casos por 1000 inscritos.

O relatório inicia-se pela contextualização da temática em análise/intervenção e encontra-se organizado de forma sequencial atendendo à metodologia do planeamento em saúde (diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação). Termina o relatório com o percurso trilhado para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista.

2 - CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao realizar este projeto houve necessidade de clarificar e apresentar os conceitos e aspectos teóricos mais relevantes, para posteriormente delinear as estratégias a implementar nos contextos práticos de estágio. Foi importante lembrar os registros na evolução da enfermagem até aos dias de hoje, para os quais se recorre à linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), procurando a descrição efetiva da demonstração de ganhos sensíveis em Enfermagem.

Segundo a CIPE, um diagnóstico de enfermagem é uma forma de os enfermeiros adequadamente documentarem as suas tomadas de decisão acerca dos utentes. Este relatório foi sempre baseado na importância dessa classificação nas ações de Enfermagem (CIPE, 2015), contudo, a ligação com o passado é fundamental, pois ajuda à essência da enfermagem no cerne do Cuidar, sendo pertinente no decorrer deste estágio enquadrar o autocuidado, iniciado pela teórica de enfermagem Dorothea Orem, e fundamentado na sua teoria.

2.1 - Enquadramento Teórico

Assumindo que a direção primordial seria relacionada com o estudo e intervenção na área do autocuidado foi necessário explorar o enquadramento proposto a partir de 1956 por Dorothea Orem. A autora desenvolveu a relação entre a enfermagem e o autocuidado e deu origem a uma teoria de enfermagem – **a teoria geral de enfermagem do défice de autocuidado**.

Para implementação do projeto, este modelo foi assumido como adequado e pertinente, visto ajustar-se ao contexto da intervenção. O conceito de autocuidado é definido por Orem (2001) como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam, em seu proveito, com o intuito da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. É composta por três teorias inter-relacionadas: **a Teoria do Autocuidado**, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; **a Teoria do Défice de Autocuidado**, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; **a Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem.

A Teoria do Autocuidado constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a enfermagem. Incorpora-se o conceito dos requisitos de autocuidado podendo estes ser: universais, desenvolvimentais e desvio de saúde. Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os no seu funcionamento e estão associados aos processos da vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Os requisitos desenvolvimentais são identificados quando há necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo. Os requisitos de desvio de saúde surgem também para as pessoas que se encontram em estado de doença. Atendendo a estes requisitos, é possível referir que os requisitos desenvolvimentais e os desvios de saúde aplicam-se aos doentes com DM, em que estes experienciam várias adaptações no decorrer da doença, havendo necessidade de estabelecer estratégias para retardar as complicações, de se produzirem adaptações às novas condições de vida, fazendo sentido, assim, capacitar estes utentes procurando manter níveis de vida com qualidade, saúde e do bem-estar.

Atendendo a vários autores, os enfermeiros são uma das classes profissionais que mais procuram desenvolver parcerias nos cuidados que prestam o que vai de encontro ao conceito atual de adesão, assente no princípio da concordância, “não decidir sobre mim, sem mim”, coincidente com o imperativo ético reconhecido como “partilha na tomada de decisão” pelo sistema de saúde britânico (Snowden et al, 2012). Neste sentido, reconhece-se que os utentes devidamente instruídos sobre a DM, à luz da CIPE, demonstram conhecimento sobre o seu estado de saúde. Concomitantemente, as suas atitudes e crenças pessoais a respeito da eficácia do tratamento, têm-se revelado prognosticadores sólidos ao nível da adesão. Para este projeto de intervenção, tem todo o sentido este enquadramento em que se desenvolveram sempre estratégias na direção da Promoção de Saúde e da Prevenção da doença com a perspetiva de prevenir as comorbilidades da DM, aumentando os níveis de qualidade de vida para os portadores da doença. Como competência, o Enfermeiro Especialista, lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades, em parceria com instituições da comunidade e com a rede social, nas intervenções educativas aos doentes, aos seus familiares ou aos seus cuidadores informais. Desta forma a adesão ao regime terapêutico é demonstrada, para capacitar os doentes portadores da doença na prossecução de um regime de tratamento eficaz (Osterberg e Blaschke, 2005).

2.2 - Gestão do Regime Terapêutico

Na DM, a adesão ao regime terapêutico é um aspeto extraordinariamente importante, pois as complicações desta doença são determinadas, numa larga extensão, pela eficácia do tratamento prescrito e pelo nível de adesão do doente à medicação e à mudança de estilos de vida (Nascimento & Loureiro, 2007).

Gimenes, Zanett e Haas (2009) referem que a dificuldade de a pessoa diabética em não aderir ao regime terapêutico e cumpri-lo poderá ser um problema de saúde pública. Para além disso, Davidson (2000), refere que existe uma quantidade de evidências científicas que demonstram que uma grande parte da mortalidade e morbilidade associada à DM podiam ser prevenidas. O regime terapêutico da DM é muito exigente, complexo e requer do indivíduo uma grande responsabilidade para toda a sua vida, a partir do momento em que a doença é diagnosticada (Nascimento & Loureiro, 2007).

Segundo, Faria (2008), existem muitos doentes com DM que acreditam não necessitar de terapia medicamentosa, devido ao carácter assintomático da doença. A falta de adesão ao tratamento, ou seja, a dificuldade da pessoa em administrar a terapêutica prescrita, seguir o plano alimentar, praticar exercício físico, efetuar monitorização da glicemia capilar ou modificar o seu estilo de vida é um problema que se encontra sempre presente na prática clínica (Faria, 2011). As estratégias de capacitação comunitária com vista à promoção da adesão ao regime terapêutico podem traduzir-se, entre outras, na intervenção para melhorar o conhecimento sobre a patologia tanto no indivíduo como nas comunidades, através da valorização, do envolvimento de todos os agentes, potenciando a influência ativa dos membros da comunidade em todos os níveis de intervenção.

2.3 - Projeto de Intervenção

Este capítulo incide na importância dos conhecimentos sobre a doença e comportamentos de saúde, a adotar, e sobre as motivações individuais, centrada na incidência da problemática de doentes portadores de DM no ACeS.

A abordagem a esta área prioritária foi iniciada em estágio anterior a este percurso do Curso de Mestrado em Enfermagem com EEC, dando resposta à primeira etapa de um planeamento em saúde. Este diagnóstico foca o tema “Feridas, ostomias e

incontinência”, com especial ênfase na área da DM, mais concretamente o pé diabético, devido à elevada prevalência de portadores de DM nesta área epidemiológica de influência. Foi relevante o contributo deste projeto de investigação, já a decorrer na Unidade de Saúde Pública do ACeS, que revelou que em 2014 foram diagnosticados 946 novos casos de DM de tipo 2, resultando numa incidência de 6,3 novos casos por 1000 inscritos

Dentro da área/tema foi definido o fenómeno da DM em estudo, através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a importância do mesmo, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo (Fortin, 1999). Seguiu-se um processo de implementação do plano de intervenção após diagnóstico de situação, suportado na metodologia do Planeamento em Saúde, e consequentemente a avaliação do estado de saúde da comunidade estudada.

3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

Nos CSP, os Enfermeiros Comunitários e de Saúde Pública têm um papel relevante no sentido em que estes estabelecem, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018).

A metodologia do planeamento em saúde, é definida por Tavares como “um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde” e, em complemento com a racionalização na utilização dos recursos e a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos, auxilia o enfermeiro a atingir os objetivos fixados, aspirando à redução dos problemas de saúde (Imperator & Giraldes, 1986).

3.1 - Diagnóstico de Situação

Em 2014 o relatório de Saúde da Organização de Cooperação Desenvolvimento Económico (OCDE) apontou Portugal como o país da Europa com a taxa de prevalência de diabetes mais elevada (OCDE, 2014). No ACeS onde foi realizado este percurso, no ano de 2014, foram diagnosticados 946 novos casos de DM de tipo 2, resultando numa incidência de 6,3 novos casos por 1000 inscritos. A mortalidade por DM tipo 2 é a quinta prioridade em saúde definida no Programa Local de Saúde (PLS) de 2015-2020 deste ACeS, com uma taxa de mortalidade padronizada de 9,4 por 100.000 habitantes, sendo superior à registada na região Norte. A diabetes tem um contributo significativo nas causas de morte, sendo responsável por uma taxa elevada de mortalidade associada à doença. As complicações crónicas derivadas desta patologia são mais evidenciadas a nível de alguns órgãos específicos do organismo: pé, olho, rim, bem como alterações a nível macrovasculares e microvasculares. A nossa maior área de preocupação prende-se com as complicações a nível do pé diabético, pois estas podem evoluir para amputações e a nível deste ACeS essa problemática é significativa. Pelo exposto, o principal objetivo do estudo passa pela caracterização do percurso clínico dos utentes portadores de DM com risco de desenvolvimento de lesões, da consulta, acompanhamento, à ulceração/ referenciação para consulta da especialidade. Assim, e em continuidade com o projeto, criou-se uma equipa de duas enfermeiras a realizar o mesmo percurso de estágio, com o envolvimento da tutora de estágio, dos orientadores da USP, para o

desenvolvimento deste estudo. Na colheita de dados, foram integrados indicadores epidemiológicos para a elaboração do diagnóstico da comunidade de portadores de DM e determinação dos problemas de Saúde. Perante os dados disponibilizados pela DGS e pela USP, dos quais se destacam dados recolhidos do Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde e do Instituto Nacional de Estatística (INE), a orientação do trabalho a realizar ficou ainda mais reforçada, dado que as complicações associadas à DM, na área geográfica abrangida pelo ACeS, são superiores em relação a números regionais e nacionais. As variáveis usadas no estudo foram selecionadas no sentido da melhor caracterizar a população em causa, sendo elas: dados sociodemográficos, história da evolução da doença, avaliação nutricional, regime medicamentoso, capacidade funcional, autonomia e observação e avaliação direta do pé com ou sem lesão. A população em estudo inclui todos os doentes diabéticos a frequentar a consulta do pé diabético numa unidade de Cuidados Diferenciados do ACeS. Dadas as limitações de tempo e as condicionantes do próprio estágio, foi necessário optar por uma amostra de conveniência.

Esta amostra integrou todos os utentes portadores de diabetes que recorreram a essa consulta às quartas-feiras, no período da tarde entre 8 outubro a 9 novembro. Foi construído um formulário onde constava a avaliação de vários parâmetros, divididos em duas partes:

- **Parte A** – Dados sociodemográficos; História da diabetes; Avaliação nutricional; Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT (Delgado e Lima, 2001); Capacidade funcional – Índice de Lawton-Brody – atividades instrumentais de vida diária (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007); Autonomia índice de Barthel para as atividades de vida diárias (Mahoney & Barthel 1965- adaptado por Sequeira, 2007);
- **Parte B** – Fatores de risco ósseos; fatores de risco articulares; fatores de risco tegumentares; fatores de risco ungueais; fatores de risco - calçado; Classificação do tipo de pé diabético; Classificação do grau de úlcera do pé diabético – sistema de Wagner; Informação adicional da caracterização da ferida, quando presente.

A par da construção do formulário foi elaborado o guião de aplicação do formulário para minimizar possíveis enviesamentos, dada a existência de duas investigadoras na recolha de dados. Foi efetuado um pré-teste do estudo com dois participantes, sem

necessidade de reformulação do formulário a aplicar, daí poderem ser incluídos na amostra. Este formulário seguiu todos os tramites legais, requisitos éticos e deontológicos. Durante o processo em curso, e mesmo na redação dos resultados, foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitassem a identificação do(s)(as) participantes. A recolha de formulários decorreu em 5 dias, tendo lugar às quartas feiras entre os dias 8 de outubro a 9 de novembro. Após o término de recolha, procedeu-se à codificação, tratamento e análise dos dados, o que decorreu até 16 de novembro. Constataram-se as seguintes limitações ao estudo:

- amostra reduzida - tal ficou a dever-se principalmente de ficarmos confinados à presença, no período da tarde, de apenas um dia por semana, aspeto imposto pela equipa hospitalar;
- instalações – as instalações onde decorre esta consulta é exíguo e oferece condições limitadas, o que influenciou a colheita dada a necessidade de garantir a privacidade, a intimidade, a reserva e a expressão do utente de forma natural;
- curto espaço de tempo para recolher os formulários versus o tempo para intervir na comunidade e respetiva avaliação.

Para o tratamento dos dados recolhidos foi usada estatística descritiva simples, com recurso ao Microsoft Excel.

Apresenta-se de seguida um resumo dos itens que emergiram da análise de dados. Uma análise mais pormenorizada pode ser obtida por consulta dos dados do Apêndice I, que reúne um conjunto de gráficos que de seguida referenciarei. Esta opção visa otimizar a organização deste documento.

Perante uma amostra de 50% de género masculino e 50% do género feminino, a faixa etária predominante situou-se entre os 60 e os 70 anos de idade (*cf.* gráfico 2 do Apêndice I). Quanto à notação Social da Família, segundo a Escala de Graffar, constata-se que existem 8 pessoas situadas na classe média, 6 enquadram-se na classe baixa, 1 na classe média alta e outra na classe baixa (*cf.* gráfico 3 do Apêndice I). Quanto à dependência do prestador de cuidados, dos inquiridos, 11 eram dependentes e 5 independentes (*cf.* gráfico 4 do Apêndice I). Quanto à dependência económica, 14 dos inquiridos não são dependentes economicamente de alguém e 2 são dependentes (*cf.* gráfico 5 do Apêndice I). Na história da doença da diabetes, 1 pessoa teve conhecimento na faixa etária dos 21 aos 30 anos, 3 pessoas tiveram conhecimento entre 10 e os 20

anos, 3 entre os 5 os 10 anos e 2 sabiam ser portadoras da doença há mais de 30 anos. Quanto a hábitos de atividade física, 10 não praticavam qualquer atividade física, sendo que desses apenas 2 tinham história de úlcera e 4 são dependentes ou necessitam de ligeiro auxílio (*cf.* gráfico 7 do Apêndice I). A nível da ingestão de líquidos por dia, 12 utentes referiam ingerir ≤ 5 copos/dia. 69% dos utentes afirmaram que a alimentação influencia a doença, contudo 56% não prepara as suas refeições. Quanto há literacia em saúde, dos 7 que sabiam o que é a doença, apenas 2 referiam não querer obter mais informação acerca da mesma em contraste com os 9 que desconheciam o que é a doença e, mesmo assim, 5 afirmaram não necessitar de mais informação acerca da mesma (*cf.* gráfico 8 do Apêndice I). A nível dos cuidados de saúde, constatou-se a ausência do guia da pessoa com diabetes em 7 utentes e dos 9 que o tinham, 7 não se encontravam atualizados (*cf.* gráfico 13 do Apêndice I).

No que respeita ao controlo metabólico, aquele era maioritariamente efetuado por médico de família, sendo que, dos 13 seguidos por médico de família, apenas 6 tinham apoio de endocrinologia. Quanto à consulta de enfermagem de vigilância do pé diabético, 7 não frequentam (dos quais, apenas 1 por sua iniciativa) evidenciando que no número de consultas antes da referenciação, 6 não tinham tido nenhuma consulta e 5 tiveram no máximo 2 consultas. A nível dos cuidados com o pé diabético 15 responderam afirmativamente saber os cuidados a ter com o pé, contudo 7 usavam meias desadequadas e 7 calçado inadequado (*cf.* gráfico 23 e 24 do Apêndice I). Dos 12 utentes com úlcera, 9 com lesão presente há mais de 6 meses, 1 não sabia há quanto tempo e 2 tinham lesão há menos de 6 meses (*cf.* gráfico 22 do Apêndice I). Os primeiros sinais de alerta mais evidenciados foram a dor e a presença de ferida. A nível de fatores de risco destaca-se a presença de hiperqueratoses, onicomiose, onicocriptose, corte de unhas inadequado e calçado inadequado (*cf.* gráfico 25 do Apêndice I).

Com este estudo foram integradas variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes. Sendo imperativo como unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária (EESC), a avaliação de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Perante os resultados e com todas as limitações deste estudo, emergiram algumas problemáticas. Percebemos, pois, que grande parte da população vive com algumas

dificuldades relativamente a todo o processo da sua doença. Em muitos dos inquiridos o autocuidado está comprometido pois carecem de prestadores de cuidados para que o processo seja executado. A gestão/adesão do regime terapêutico demonstrou ser outra dificuldade que ressaltou neste estudo, evidenciando-se dificuldades a vários níveis. Em relação ao diagnóstico da doença e à implementação das normas preconizadas segundo a DGS aquando do diagnóstico, tal poderá não estar a ser executado de forma a prevenir determinadas lesões, com seguimento correto e adequado da vigilância do pé diabético. A variável da avaliação nutricional também se mostra comprometida, pois existe dependência de terceiros para conseguirem atingir um estado nutricional adequado. Os fatores de risco, como primeiros sinais de alerta, também são uma área que merece preocupação e que poderá estar comprometida por várias razões. A dependência será uma preocupação acrescida pois, na nossa amostra, grande parte dos inquiridos eram dependentes nas atividades de vida.

Na sequência da metodologia escolhida, após a análise dos dados, é necessário salientar quais os problemas que emergem para facilitar a sua priorização. Dos resultados da análise dos dados recolhidos pelo diagnóstico podemos referir que emergiram os seguintes problemas:

- Autocuidado;
- Adesão/Gestão do regime terapêutico;
- Incumprimento das normas e orientações da Direção Geral de Saúde;
- Fatores de risco associados ao diagnóstico da doença;
- Grau de dependência.

Os resultados que emergiram da aplicação do formulário foram crítica e reflexivamente avaliados, tendo dado azo a uma reunião de peritos, da qual resultou a priorização com a hierarquização das necessidades. Todas estas fases são fundamentais no EESC e demonstram aquisição de competências acrescidas como Enfermeiro Especialista.

3.2 - Planeamento e Intervenções Desenvolvidas

Após o diagnóstico de situação, foi realizada a priorização por um painel de peritos. Perante os problemas identificados (autocuidado, adesão/gestão do regime terapêutico, incumprimento das normas e orientações da DGS e os fatores de risco associados ao diagnóstico da doença e o grau de dependência), através da estratégia de priorização

emergiram algumas áreas de entre as quais se destacou a Adesão/Gestão do regime terapêutico, pelo que foi eleita como área para intervenção.

Dada a existência de duas mestrandas para um mesmo percurso, procedeu-se à distribuição de um tema por cada uma, abrangendo-se desta forma mais áreas de intervenção prioritárias. Neste processo, foi-me outorgada a intervenção relacionada com a Gestão/Adesão ao regime terapêutico.

Neste sentido, houve uma apresentação de resultados e dos problemas identificados e priorizados, comunicados em reunião à equipa multidisciplinar, em reunião mensal da USP, na qual foi divulgada a intervenção proposta para diferentes tipos de público-alvo. Esta opção foi no sentido de investir nos processos comunitários que confere como grande temática na unidade de competência ao EESC, com vista à capacitação de grupos e comunidades, mobilizar parceiros/grupos de forma a identificar e resolver esta problemática da gestão do regime terapêutico, tendo também a preocupação da parceria com instituições dirigida a grupos com maior vulnerabilidade como é o caso dos portadores da doença de DM. Passo, pois, a descrever as razões subjacentes à escolha dos diferentes públicos-alvo:

- Alunos do Curso Profissional de Técnico/a Auxiliar de Saúde (CPTAS) – no sentido em que estes serão futuros cuidadores nas nossas instituições, sejam elas hospitalares ou estabelecimentos residenciais para idosos ou outras, pelo que se torna relevante a promoção de competências na atuação fundamentada quando deparados com doentes portadores de DM; estes alunos constituir-se-ão como “elos” da “cadeia” comunitária, que irão favorecer o entrelaçamento de ideias, conhecimentos e fazeres;
- Utentes de um lar, estrutura residencial para idosos (ERPI) – pretende-se junto destes, fortalecer e traçar caminhos para a Promoção da Saúde na prevenção tão precoce quanto possível da doença, minimizando as complicações e aumentando os níveis de qualidade de vida para os portadores da doença;
- Cuidadores informais/formais – uma vez que se constituem como os cuidadores diretos destes doentes, o seu papel deverá ser reforçado com os conhecimentos mais adequados à promoção da saúde e à prestação dos cuidados.

Sabendo-se hoje que é possível prevenir a diabetes tipo 2 com base na modificação de estilos de vida, as complicações tardias da diabetes podem ser eficazmente evitadas por

intervenções ativas recorrendo a formas de prevenção, como o incentivo à *Adesão ao Regime Terapêutico*. Na área da diabetes, como doença crónica e conseqüentemente com as co-morbilidades associadas a esta doença, assumem expressão os encargos financeiros relacionados com a medicação.

É pertinente refletirmos também sobre a capacidade que os Sistemas de Saúde têm, no que concerne à capacidade de mobilizar os recursos necessários quando nos deparamos com a cronicidade da doença, no sentido de apoiar a adequada tomada de decisão em toda a gestão da doença, especificamente no que respeita à área da adesão ao regime terapêutico, de forma a melhorar os resultados e conseqüentemente obter ganhos em saúde. Verifica-se que, qualquer regime que seja instituído, sob a forma de tratamento medicamentoso ou de propostas como a prática de atividade física regular ou utilização de um programa alimentar adequado, têm níveis de adesão reduzidos. A intervenção deverá ir no sentido de sensibilizar jovens, futuros profissionais, como parceiros na área da prevenção para manter e melhorar a estratégia de adesão ao regime terapêutico instituído, de forma a diminuir a redução de internamentos. Junto de idosos e cuidadores, por seu turno, a intervenção foi no sentido de melhorar a gestão da doença e conseqüentemente adquirir hábitos e estilos de vida saudáveis. Por fim, o passo final, reside na educação do regime de terapêutica, que leva à partilha da responsabilidade das decisões quando se é portador da doença, permitindo o seu empenho na gestão da respetiva doença DM e conseqüentemente na sua autonomia. É essencial salientar o papel relevante do EESC na implementação deste projeto, sendo ele que concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas com vista à adesão ao regime terapêutico.

A fase de intervenção propriamente dita teve de se adequar às condicionantes existentes (principalmente relacionadas com o curto espaço temporal) e equacionar obtenções de resultados “menos ambiciosos” do que os inicialmente equacionados. A intervenção ficou circunscrita ao intervalo de tempo compreendido de 3 de dezembro de 2018 a 5 de janeiro de 2019.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), esta etapa do planeamento em saúde deverá “especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar”.

Assim, foi elaborado um cronograma das atividades a desenvolver neste projeto de intervenção (*cf.* quadro 8 do Apêndice II).

Com o intuito de implementar o projeto de intervenção visando a resolução do problema identificado, foram planejadas intervenções de educação para a saúde em parceria com uma Escola Secundária (ES) e um lar da área de influência da USP, no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções propostas, foram mobilizadas competências nos processos de negociação, com vista ao envolvimento da participação multissetorial nas diferentes intervenções, aspetos inerentes às aptidões do Enfermeiro Especialista. Assim, foram realizadas reuniões de grupo de trabalho com responsáveis de estágio, para planeamento das intervenções na escola, lar e comunidade; reuniões com os coordenadores do Plano de Saúde Escolar de forma a implementar a execução da sessão educativa para os alunos de uma ES, pertencente à área de influência da USP; reuniões com o responsável do lar com o intuito de operacionalizar uma formação educativa para os idosos e para os profissionais cuidadores informais, demonstrando-se desta forma competências na coordenação, dinamização e participação, no programa de intervenção da promoção da adesão à Gestão de Regime Terapêutico no âmbito de prevenção, proteção e promoção da saúde nos doentes portadores da DM. Reitero aqui que, na aquisição de competências como Enfermeira Especialista, esteve sempre subjacente o planeamento das diferentes intervenções de saúde nos diversos contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.

As intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar (Machado, 2009). Desta forma, é pertinente que todas as estratégias conduzam a intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou da doença, utilizando informação oral, escrita e audiovisual, no suporte às formações para a educação, quer seja individual ou em grupo. O ensino constitui uma estratégia fundamental, em que a informação pode ser transferida de várias formas e assente em diversos suportes de comunicação, tendo-se privilegiado no caso, as formas oral e escrita, sob a forma de panfletos. Assim, a educação constitui uma medida eficaz, com a finalidade de melhorar a adesão (Bugalho e Carneiro, 2004; Machado, 2009). Por todas as razões possíveis em que as intervenções educativas que envolvam os doentes, os seus familiares ou os seus cuidadores informais/formais, determinam resultados positivos que se revelam eficazes na adesão ao regime terapêutico (Osterberg e Blaschke, 2005).

O projeto teve por base a **promoção da adesão ao regime terapêutico**. As estratégias mobilizadas foram de carácter informativo e interativo, promovendo o diálogo entre os participantes, consubstanciando-se numa ação de educação para a saúde. A este planeamento está subjacente o aumento em ganhos de eficiência potenciando ao máximo os ganhos sensíveis em saúde inerentes à intervenção.

Os custos intrínsecos aos recursos necessários à realização do projeto foram pessoalmente suportados, tendo-se traduzido em deslocações e no envolvimento de suporte computacional para registos.

Só foi possível efetuar uma avaliação a curto prazo, sendo relevante enquadrá-la no pressuposto de que esta “só é possível através dos indicadores de processo ou atividade que serviram para fixar metas” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30).

Dando continuidade às atividades desenvolvidas em 2016 e na prossecução das metas para 2020, o Plano Nacional da Diabetes tem como prioridade desenvolver, ao nível dos cuidados primários, as condições de funcionamento que permitam o sucesso na implementação do Desafio Gulbenkian: “Não à Diabetes” (DGS, 2017).

Uma das grandes preocupações referidas no tema, é a adesão ao regime terapêutico: quando observadas e detetadas atempadamente as complicações associadas à doença, o acesso aos melhores cuidados de saúde, com tratamento e reabilitação eficaz, proporcionam uma reinserção mais rápida na comunidade.

Para uma melhor compreensão de cada sessão, foram traçados objetivos educacionais para obtenção de ganhos sensíveis em saúde para cada público-alvo:

- **Alunos** do 10.º ano do CPTAS – os objetivos educacionais passaram por:
 - sensibilizar estes futuros profissionais para a importância da necessidade de vigilância da adesão do regime terapêutico nos doentes portadores da doença;
 - apoiar no desenvolvimento e manutenção de comportamentos de saúde;
 - promover conhecimento sobre o conceito e processo da DM;
 - identificar sinais e complicações da DM;
 - envolver esta comunidade de forma a melhorar o conhecimento sobre a doença;
 - envolver esta comunidade para promover comportamentos de saúde.

- **Idosos** do lar e seus cuidadores formais – os objetivos educacionais centraram-se no âmbito de gestão da doença, designadamente:
 - promover a autovigilância de sintomatologia que conduz a hipoglicemias;
 - incentivar comportamentos de procura de saúde, perante hipoglicemias contínuas;
 - incentivar a adesão ao regime dietético e medicamentoso de forma a evitar hipoglicemias.
- **Cuidadores Informais** – em que o objetivo educacional foi promover conhecimento sobre a doença de DM, incentivar comportamentos de procura de saúde, promover conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis, enfatizando a dieta específica adequada aos portadores DM.

Como aquisição acrescida de competências do EESC foi utilizada como estratégia promotora do conhecimento do regime terapêutico, forma de promover a consolidação do conhecimento e promoção da procura de informação pela comunidade, tendo sido elaborado um panfleto também para os utentes do ACeS portadores de DM, para continuidade e suporte às intervenções efetuadas, de maneira a efetivar a adesão ao regime terapêutico

Com a estruturação das ações de educação e a construção do folheto, demonstrou-se a garantia da continuidade na promoção da gestão da doença, envolvimento na gestão do regime terapêutico e melhoria dos comportamentos à adesão ao exercício físico, alimentação e medicação.

3.3 - Avaliação das Intervenções

Como indicador de resultado, a avaliação foi executada através de soma de percentagens, exibidos em quadro anexo, para cada sessão educativa (*cf.* quadro 5 do Apêndice II). A avaliação constitui a derradeira fase do planeamento em saúde, sendo baseada em indicadores de processo e de resultado.

No que respeita aos indicadores de processo (*cf.* quadro 4 do Apêndice II) podem ser considerados como de curto prazo - se servirem para atingir uma meta – ou de médio prazo – se se reportarem aos objetivos fixados segundo o resultado a cumprir.

Apesar de serem grupos que desconhecem o diagnóstico de saúde efetuado pela a USP sabemos pela literatura e pela experiência adquirida com a implementação, que ao se adequarem as estratégias, e ajustarem os métodos de forma a irem de encontro das necessidades dos grupos, estes sentem-se motivados para a aprendizagem, e fazem uso da informação transmitida. Mais ainda podemos afirmar que, segundo a OE (OE, 2010), nos seus critérios de avaliação, define que o enfermeiro especialista nesta área concebe, planeia e implementa programas e projetos de intervenção, com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e comunidades tendo em conta as suas especificidades culturais (OE, 2010).

Passarei a descrever a avaliação de cada uma das sessões para melhor clarificação.

Primeira Sessão: incidindo sobre os alunos do 10.º ano do CPTAS da ES, procedeu-se à respetiva avaliação recorrendo a um inquérito baseado em questões fechadas, de escolha múltipla, aplicado no início (diagnóstico) e no final da sessão. Dos 10 alunos que estiveram presentes na sessão todos responderam ao inquérito, correspondendo a 100% de questionários preenchidos. Os 10 alunos responderam corretamente à questão de reconhecimento das principais complicações da diabetes, pelo que o respetivo resultado foi de 100%, logo a mensagem relativa às principais complicações da diabetes foi apreendida. Em relação ao que “consideravam por hiperglicemia”, no questionário de diagnóstico, registaram-se 90% de respostas corretas e, no final, este número subiu para os 100%. Quanto ao que “consideravam por hipoglicemia”, no início da sessão, 2 alunos responderam que “seriam valores normais do açúcar no sangue” (correspondente a 20%), 3 alunos responderam que “seriam valores elevados de açúcar” (portanto 30%) e os restantes 5 alunos, responderam acertadamente (50% da turma tinha conhecimento que “a hipoglicemia corresponde a valores baixos de açúcar no sangue”). No final da sessão verificou-se que todos os alunos (100%) responderam apropriadamente ao reconhecimento do conceito de “hipoglicemia”. Assim, todos os alunos apreenderam estes dois conceitos como sinais e sintomas de alerta da doença. No que concerne à questão que identificava a roda dos alimentos como instrumento de educação alimentar importante para ser aplicado ao doente com diabetes, fixou demonstrado um conhecimento pleno antes e após a sessão (100% de respostas corretas). Relativamente ao parâmetro da medicação, 7 alunos (ou seja 70%) responderam que os “antidiabéticos

orais (medicação) provocam efeitos secundários”, enquanto 3 alunos (correspondente a 30%), não optaram pela resposta correta, não tendo tal informação ficado clara para estes alunos. Ao fazermos a análise da evolução das respostas entre as duas aplicações, em termos de promoção da saúde, é gratificante constatar que o a apreensão de conhecimentos foi consistente e que os objetivos a que nos propusemos, foram atingidos, pelo que as estratégias utilizadas se manifestaram adequadas aos contextos e aos destinatários (*cf.* gráfico 26 do Apêndice I).

Segunda Sessão: vocacionada para idosos de uma ERPI, assistiram à sessão 56 idosos dos quais 8 utentes apresentavam limitações físicas e cognitivas que impediam a participação. Também tivemos de levar em linha de conta o analfabetismo, dado que teríamos pela frente pessoas de uma faixa etária elevada. Assim a avaliação realizada foi feita com base em entrevista simples com questões fechadas e respostas verbais (sim ou não). Relativamente ao conhecimento dos sintomas de hiperglicemia, 46,2% dos utentes responderam que “a hiperglicemia não correspondia a valores normais do açúcar no sangue”, respondendo acertadamente à questão; quanto à hipoglicemia, 71% responderam convenientemente à inquirição, indicando que “a hipoglicemia corresponde a valores de açúcar no sangue abaixo dos valores normais”. No final da sessão, verificou-se que os idosos identificaram adequadamente os conceitos de “hiperglicemia” e “hipoglicemia”, tendo como tal assimilado o conhecimento quanto a estes dois conceitos, como sinais e sintomas de alerta da doença. Relativamente à questão “se a diabetes não provoca complicações noutros órgãos”, 50% dos idosos responderam oralmente que a afirmação era falsa, concluindo-se que esta problemática foi apreendida por estes idosos. Quanto à “alimentação variada e equilibrada ser muito importante nos doentes com diabetes”, 70,6% dos idosos responderam afirmativamente, inferindo-se que este entendimento saiu reforçado e assimilado. Em relação à atividade física, 75% dos idosos responderam afirmativamente à questão em que “a atividade física deverá ser ajustada à condição que o doente apresenta”, pelo que este aspeto foi compreendido. Quanto à medicação, todos os idosos responderam com acerto relativamente aos “antidiabéticos orais não provocam efeitos secundários”, consequentemente 23,8% dos idosos, que assistiram à sessão, interiorizaram esta informação (*cf.* gráfico 27 do Apêndice I).

Terceira Sessão: destinada à população em geral, não foi possível propor, à partida, metas para os resultados. Para esta ação seria feito um convite à população do ACeS e

esta decorreria como sessão aberta. Para a efetivação desta sessão, deparámo-nos com obstáculos de diversa índole, dos quais destaco:

- A imprevisibilidade, no sentido em que não se consegue destrinçar a população-alvo e a população em estudo;
- A população estudada ficou sob o controle do investigador, uma vez que o formulário aplicado incidiu sobre uma população de diabéticos a frequentar a consulta do pé diabético numa unidade de cuidados diferenciados, sendo que a nossa amostra foi de conveniência por se tratarem de todos os utentes portadores de diabetes que recorreram a essa consulta às quartas feiras, no período da tarde;
- A população-alvo é sempre difícil controlar dada a sua diversidade e a dimensão populacional abrangida;
- A difusão da informação (divulgação das iniciativas através de telefone ou *email* dos utentes) foi limitada por questões relacionadas com a proteção de dados. Para minimizar este problema foi elaborado e afixado um cartaz de divulgação e distribuídos convites pelas instituições existentes na área de influência do ACeS;
- A limitação temporal constituiu uma condicionante muito importante, tendo ficado limitado a apenas 3 semanas.

4 - OUTRAS ATIVIDADES

A nível de co-morbilidades e complicações secundárias no organismo, associadas à patologia, podemos verificar através do referido no PND de 2017 (DGS, 2017) que, em Portugal, existiu uma redução nas percentagens da taxa de mortalidade, do número de amputações dos membros inferiores e um aumento dos rastreios de retinopatia diabética. Por outro lado, também são apresentados, no mesmo documento, outros valores menos positivos, no que respeita à doença renal crónica, portadores da patologia em internamentos por acidente vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio, onde se registaram aumentos significativos, o que também se verificou, de forma constante, desde 2000, no que concerne ao registo de número de casos de DM tipo I na faixa etária dos 0 aos 18 anos.

Tendo por base a comemoração do Dia Mundial da Diabetes, a USP foi convidada por uma das escolas da área de influência desta, para desenvolver uma sessão alusiva ao tema. Atendendo a que as alunas de mestrado se encontravam a desenvolver um estudo no âmbito desta patologia, abraçaram essa oportunidade chave como forma de uma primeira intervenção no âmbito de ação de educação para a saúde, junto desse público específico da comunidade. Os objetivos traçados, prenderam-se com a importância da família no desenvolvimento de estratégias, por parte dos jovens, para lidarem com a doença como parte integrante da sua vida, mitigando o negativismo associado, vivendo uma juventude plena, com o mínimo possível de constrangimentos e, ainda, desmitificar alguns conceitos e crenças existentes em torno da doença. Pretendeu-se também informar e educar a comunidade sobre a importância da família na promoção da saúde física e mental. As estratégias utilizadas foram de carácter informativo e interativo, promovendo o diálogo entre os participantes, não se orientando para uma ação formativa formal, mas para a criação de um ambiente de tertúlia.

Os **objetivos educacionais** estabelecidos foram os seguintes:

- identificar o conceito de DM;
- identificar hábitos de promoção de saúde;
- identificar hábitos de prevenção da doença;
- identificar políticas como formas de prevenção de desenvolvimento de doenças;
- identificar intervenções individuais para prevenir o desenvolvimento de doenças.

Para os objetivos operacionais/metas estabeleceu-se um aumento, em 10%, do conhecimento geral dos participantes acerca da DM. Pôde concluir-se que para este objetivo se atingiram 9,8%, ficando muito perto da meta traçada (*cf.* quadro 4 do Apêndice II).

A atividade teve início com uma breve apresentação, um desenvolvimento onde foram expostos os conteúdos e para concluir promoveu-se um pequeno debate sobre a temática. A forma de avaliação proposta, foi expressa oralmente pelos participantes, permitindo-lhes a oportunidade de explanarem o que pensavam sobre a sessão concretizada. Foi patente o agrado dos participantes relativamente à apresentação interativa, com interpretação de rótulos (foram apresentados rótulos de produtos), que os mesmos tinham de classificar como bons, medianos ou prejudiciais para a saúde, bem como a projeção de um vídeo da Direção Geral da Saúde sobre a temática. Desde cedo percebemos a falta de adesão por parte de pais e encarregados de educação, pelo que orientámos o nosso discurso para os alunos e docentes presentes. Antecipando as dificuldades de concentração típicas da juventude orientámos a sessão de forma a envolvê-los, dirigindo-lhes questões. Dessa forma, os alunos mantiveram-se atentos na maior parte do tempo da ação, interagindo e colocando, eles próprios, questões pertinentes. Foi possível desmitificar e esclarecer vários conceitos e ideias pré-concebidas para além das expostas. A **avaliação** da ação de educação foi positiva no sentido de ter sido uma primeira abordagem no decurso do estágio, tendo-me servido como um momento de aperfeiçoamento de técnicas de comunicação e de postura na exposição de conteúdos ao público. Como **indicador de resultado**, a avaliação foi efetuada através das questões que demonstraram alteração entre as respostas de diagnóstico e as finais. Para se chegar a esse resultado foi efetuada a avaliação individual de cada questão. De salientar, o facto de os participantes não terem respondido à mesma questão no diagnóstico e no final (*cf.* quadros 1 e 2 do Apêndice II).

A concretização desta sessão educativa deu continuidade ao desenvolvimento da aquisição de competências subjacentes aos objetivos do curso que frequentamos, designadamente de planeamento de ações de educação para a saúde e compreensão da sua relevância no contexto de intervenção comunitária, e ao aperfeiçoamento de técnicas de comunicação com um público alvo específico.

A vigilância epidemiológica dos fenômenos de doença que ocorrem através do Sistema de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO), em que a Saúde Pública é responsável, pelo levantamento de dados e execução dos inquéritos epidemiológicos, procede-se à utilização de instrumentos de colheita de dados para vigilância epidemiológica, como é o caso na doença tuberculose. Assim, há uma monitorização do fenómeno da doença da população envolvente, com vista ao estabelecimento de uma evolução epidemiológica. O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública mostra evidência científica no qual utiliza esse conhecimento, para soluções inovadoras em problemas de Saúde Pública. Deste modo, tive oportunidade de experienciar, na qual participei numa visita domiciliária de forma a realizar e cooperar na vigilância epidemiológica da tuberculose, no sentido de vigilância e monitorização da doença e dos possíveis conviventes, considerando um fator relevante na aquisição de competências do EESC.

5 - REFLEXÃO

O EESC tem competências específicas, refletindo-se estas em intervenções fundamentais para se promover ganhos de saúde na comunidade e/ou em grupos. São exemplos dessas ações a identificação de necessidades em saúde; a monitorização do estado de saúde da população e seus determinantes; a avaliação do impacto das várias intervenções em saúde; a gestão de programas e projetos nas áreas da promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral; a promoção e participação na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram (*cf.* Decreto-Lei n.º 81/2009).

A aplicação do Planeamento em Saúde é fundamental à prática do EESC, visto que este é um “processo, orientado para o futuro, que determina a direção, os objetivos e as ações a desenvolver para alcançar os objetivos definidos” (Wallace et al, 2008). Esta atuação específica torna-se evidente ao longo deste relatório, que demonstra através das várias etapas desenvolvidas, a aquisição de competências de EESC.

Saliento a aquisição de competências tendo sido acompanhada de uma consciencialização sobre a necessidade de racionalização na utilização dos recursos existentes com vista a atingir os objetivos fixados, procurando responder à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços dos vários elementos da equipa multidisciplinar e comunidade.

Neste enquadramento surge uma reflexão no sentido de padronizar toda a atuação no sentido de aplicação e demonstração da qualidade dos cuidados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Simultaneamente, vivemos numa época em que a comunidade toma consciência das suas responsabilidades no processo de saúde e pretende assumir um papel de parceiro ativo reivindicando o seu direito no envolvimento nos progressos científicos e tecnológicos. Daqui, resultam novos desafios à capacidade de intervenção dos profissionais de saúde. Assim, é necessário que a sua formação profissional básica, especializada e contínua, privilegie o domínio de qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas,

intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria da qualidade dos resultados. Procuram-se modelos organizacionais mais eficazes e eficientes nas organizações de saúde, numa ótica criativa da sustentabilidade do Sistema de Saúde (OE, 2011).

Parece-me fundamental a existência de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública visto que, este profissional demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, na identificação e controlo de determinantes sociais e de saúde das comunidades. Podemos ainda considerar que este especialista responde de forma ímpar à necessidade de promoção da responsabilidade social para com a saúde e o incremento a vários níveis para aumentar a saúde das populações. Através de estratégias várias o enfermeiro especialista, pretende fomentar a consolidação, expansão e articulação de recursos, de forma a obter ganhos em saúde e aumentar a literacia. Outro ponto fulcral da atenção e ação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária é a redobrada atenção, com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades, assegurando que as infraestruturas servem e fomentam a promoção da saúde.

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem como alvo de intervenção a comunidade, dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (OE, 2011). Assim, estes cuidados especializados são os que têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio, a que reporta este relatório, foram estabelecidas com base na metodologia do Planeamento em Saúde, conducente à avaliação do estado de saúde de uma comunidade. A metodologia utilizada baseou-se

em documentos emanados pela DGS, visando a avaliação do estado de saúde da comunidade portadora da DM com enfoque nas feridas, como complicação major a amputação do pé diabético. Procedi à sistematização de indicadores relevantes para o diagnóstico de saúde, indo ao encontro da problemática do ACeS no qual estava inserida, em contexto de estágio.

Face ao diagnóstico de saúde efetuado, definiram-se os principais problemas de saúde, os quais tiveram de ser hierarquizados, foram identificadas e priorizadas as necessidades em Saúde através de painel de peritos. Posteriormente identificaram-se os recursos e foram seleccionadas as estratégias de saúde. Assim, foi previsto um plano de ação com implementação de intervenções para aquisição de ganhos sensíveis nos cuidados de enfermagem. Contribuiu-se para o processo de capacitação de grupos e comunidade, tendo sido a primeira intervenção relevante a nível pessoal no caminho da aquisição de competências do EESC.

Os adolescentes do 10.º ano inscritos no CPTAS da área da saúde do ACeS, foram alvo de intervenção na área da diabetes, na comemoração do Dia Mundial da Diabetes, contribuindo para as escolhas profissionais desses alunos. Esta intervenção teve como base, incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento que condicionam favoravelmente a saúde futura. A escolha desta escola deveu-se a um pedido informal efetuado pela coordenadora do Programa Nacional Escolar do ACeS, com a colaboração da USP na realização de sessões de educação para a saúde, colaborando com a formação destes alunos. Para o efeito, foi efetuada uma reunião formal com alguns elementos da USP na Escola, com vários professores de diferentes áreas disciplinares, no qual se planeou a intervenção. Desta forma, deu-se cumprimento aos objetivos dos programas de saúde de âmbito comunitário, do Plano Nacional de Saúde (PNS), (2004-2010), tendo este como definições prioritários: “Como grande parte da vida do jovem se concretiza no espaço escolar e universitário, deve-se privilegiar o trabalho com as instituições do Ministério da Educação e do Ministério da Ciência e do Ensino Superior” (PORTUGAL, 2004: 31), mostrando assim as intervenções dirigida em ambiente escolar.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, participa nos processos de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde, com impacto das intervenções nos diferentes atores implicados na

execução destes programas, tal como foi mostrado durante o projeto, nas intervenções em diferentes públicos-alvo.

6 - CONCLUSÃO

O presente relatório constitui uma síntese do percurso realizado para a aquisição de competências e as suas múltiplas aprendizagens no decorrer de toda a unidade curricular, estágio e relatório final. A elaboração deste relatório foi uma tarefa difícil, no sentido em que exige uma análise reflexiva e crítica, do percurso trilhado, capaz de evidenciar as atividades realizadas que melhor demonstrassem as competências obtidas e desenvolvidas. Foi uma caminhada difícil, mas satisfatória, que obrigou a mobilizar e repensar competências científicas, técnicas e humanas em diferentes áreas do conhecimento. Identifico ainda que houve efetivamente uma mudança na minha perspetiva como enfermeira, orientando a minha prática pela evidência, contribuindo deste modo para uma crescente qualidade dos cuidados de Enfermagem a fornecer aos cidadãos. Ser Enfermeira Especialista é um acréscimo à minha responsabilidade, quer ao nível da prestação de cuidados, quer ao nível do desenvolvimento pessoal. Farei uso contínuo destas competências adquiridas durante o meu exercício profissional, evidenciando padrões de qualidade acrescentada aos cuidados a prestar. A estes padrões associarei ainda a minha vontade de transformação e aperfeiçoamento, procurando sempre demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos, adequar métodos e análises em situações complexas e tomar decisões responsáveis, valendo-me das estratégias apreendidas, e aplicando, sempre que necessário, uma análise reflexiva.

A realização deste percurso levou à aquisição de competências específicas e os obstáculos, com que me fui deparando, foram sendo vencidos, transformando-se as limitações em processos de produção de conhecimento. Para este tal foram essenciais os apoios de todos os elementos da equipa da USP dos quais saliento, de uma forma especial, a tutora que me acompanhou.

Após este trajeto é, então agora, lógica a necessidade de reforçar o meu compromisso para com a população, quer na área da promoção da adesão ao regime terapêutico, quer em toda e qualquer intervenção que promova qualidade nos cuidados traduzidos na obtenção de ganhos sensíveis em saúde. Deste modo termino este relatório com o sentimento de que fiz um trajeto muito sólido e muito proveitoso, enriquecendo-me profissional e pessoalmente, na certeza que nesta fase da minha vida foram apreendidas

competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária que serão indispensáveis para o meu exercício profissional.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Norte. *Plano Local de Saúde do ACeS.* [ed.] Unidade de Saúde Pública do ACeS. Administração Regional de Saúde do Norte, 2015.

BUGALHO, A., & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Centro de Estudos Baseados na Evidência.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise - Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspetivas crítico-social pós-estruturalista. “Ciência &Saúde Coletiva”. Rio de Janeiro. Nº 13, Sup.2 (dezembro 2008), p. 2029-2040.

CARVALHO, Sérgio Resende - Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. “Cadernos de Saúde Pública”. Rio de Janeiro. Vol.20, n.º 4 (julho-agosto), p. 1088-1095.

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Lusodidacta, 2015

DAVIDSON, J. (2000) - Diabetes tipo 2: Deteção mais precoce, doentes mais jovens. PatientCare, 30- 38. [45].

Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril. Diário da República n.º 65/2009 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Diário da República, 2.ª Série - N.º 135 - 16 de julho de 2018. Regulamento n.º 428/2018. Anexo I e II.

Diário da República, 2.ª série - Nº 35 - 18 de fevereiro de 2011. Regulamento n.º 128/20.

Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2017.

EDNA, P. (2004). A Cinderela da Diabetes - Pé diabético, perspetiva de saúde pública. Lisboa.

FARIA, H. (2008). Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa. Dissertação apresentada no Departamento de Enfermagem na Universidade de São Paulo para obtenção de Mestre, orientada por Dr.^a maria Lúcia Zanetti.

FARIA, H. (2011). Desafios para a Atenção em Saúde: Adesão ao Tratamento e Controlo Metabólico em Pessoas com Diabetes Tipo 2. Dissertação apresentada no Departamento de Enfermagem na Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, orientada por Dr.^a Maria Lúcia Zanetti.

FARIA, H. (2012) A Educação na Pessoa com Diabetes tipo 2 para adesão às atividades de autocuidado, dissertação apresentado no departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais na Universidade Católica Portuguesa para obtenção de Mestre, orientado por Dr. Paulo Pereira.

FORTIN, M. (1999). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures: Lusociência.

GIMENES, H., Zanetti, M. & Haas, V. (2009, janeiro-fevereiro). Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa. Revista Latino-Americana de Enfermagem.

IMPERATORI, Emilio e Giraldes, Maria do Rosário. *Metodologia do planeamento da saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.* [ed.] Escola Nacional de Saúde Pública. 2^a edição. Lisboa : Edições de Saúde, 1986.

ISRAEL BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health.* 1998; 19: 173 - 202.

MINKLER M, Wallerstein N. Introduction to community-based participatory research: new issues and emphases. Em: Minkler M, Wallerstein N, eds. *Community-based participatory research for health: from process to outcomes.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; Pp. 5 - 23.

NASCIMENTO, D. & Loureiro, I. (2007). Adesão ao Regime Terapêutico da Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes,* 18- 21.[2].

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT,
OCDE Health Statistics 2014

SNOWDEN, Austyn *et al* (2012). No decision about me without me: concordance operationalised. *Journal of Clinical Nursing.* n.º 22. Pp 1353 -1360.

TAVARES, António. *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.* Lisboa : Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1992.

TOMEY, AM.; Alligood, MR. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra, modelos e teorias de enfermagem – 5.^a Edição. 2014.

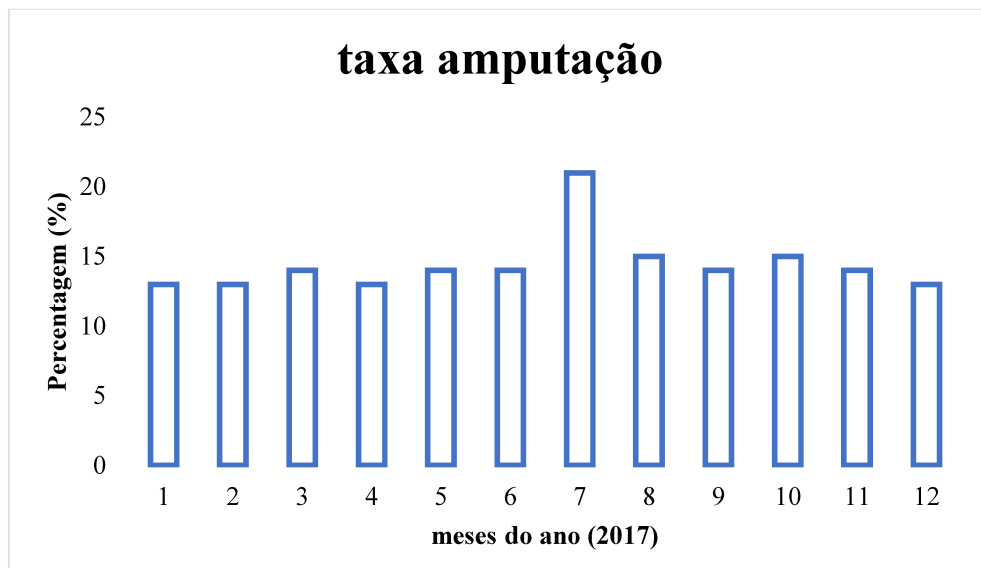
VISWANATHAN M, Ammerman A, *et al.* Community- based participatory research: assessing the evidence. *Evidence Report/ Technology Assessment* n.º 99. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

APÊNDICES

Apêndice I

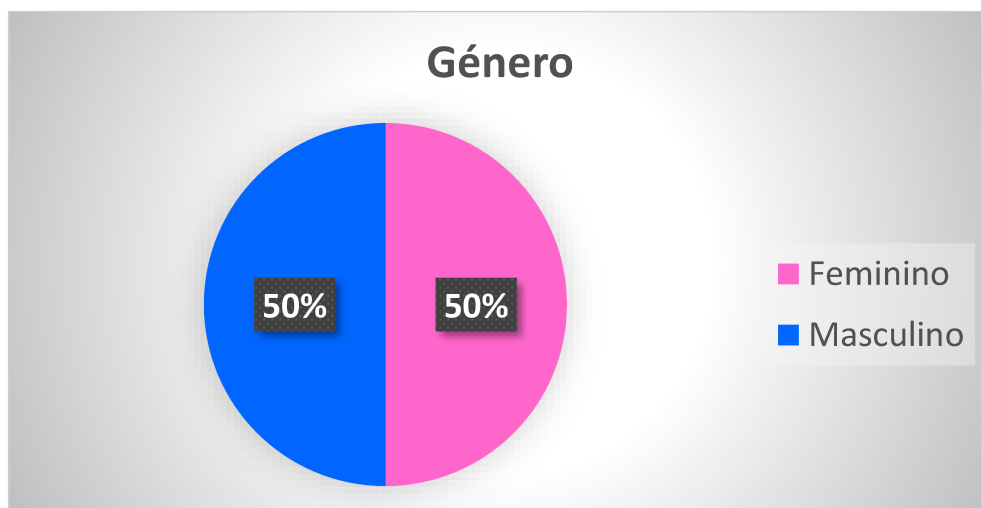
- Apresentação de gráficos

Gráfico 1 - Amputações dos membros inferiores por motivo de diabetes, no ACeS em 2017



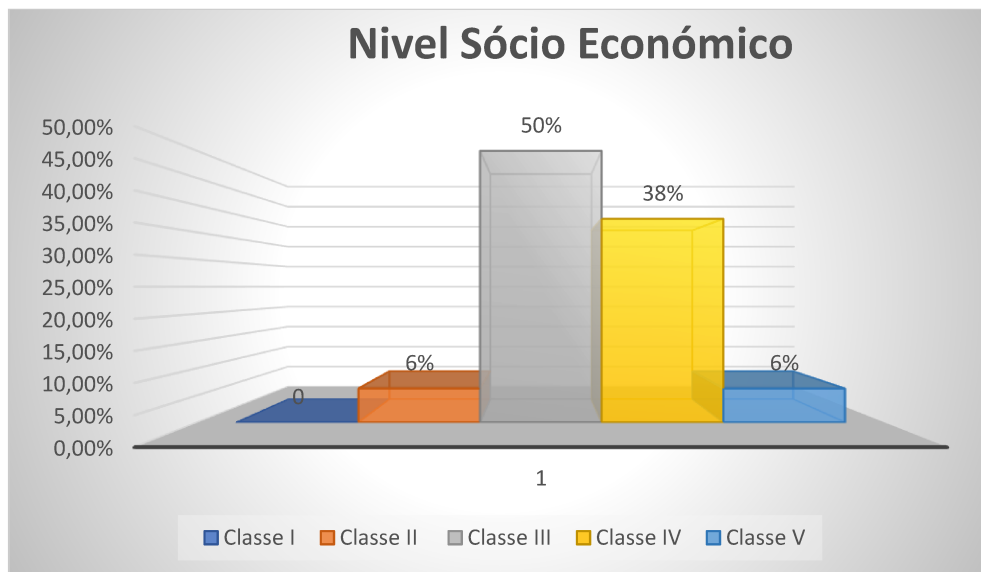
Fonte: USP

Gráfico 2 - Dados Sociodemográficos quanto ao Género



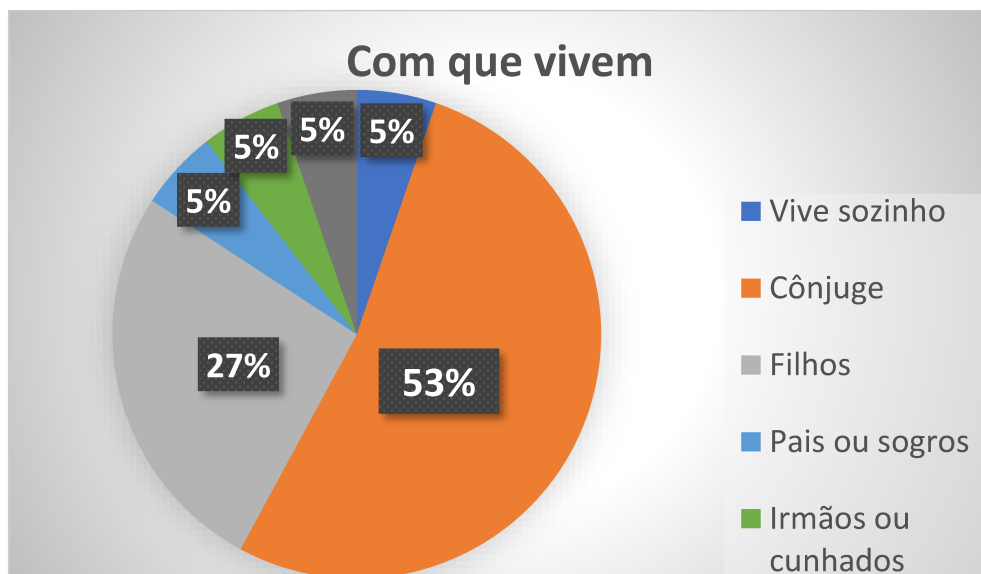
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 3 - Dados sociodemográficos quanto ao nível económico



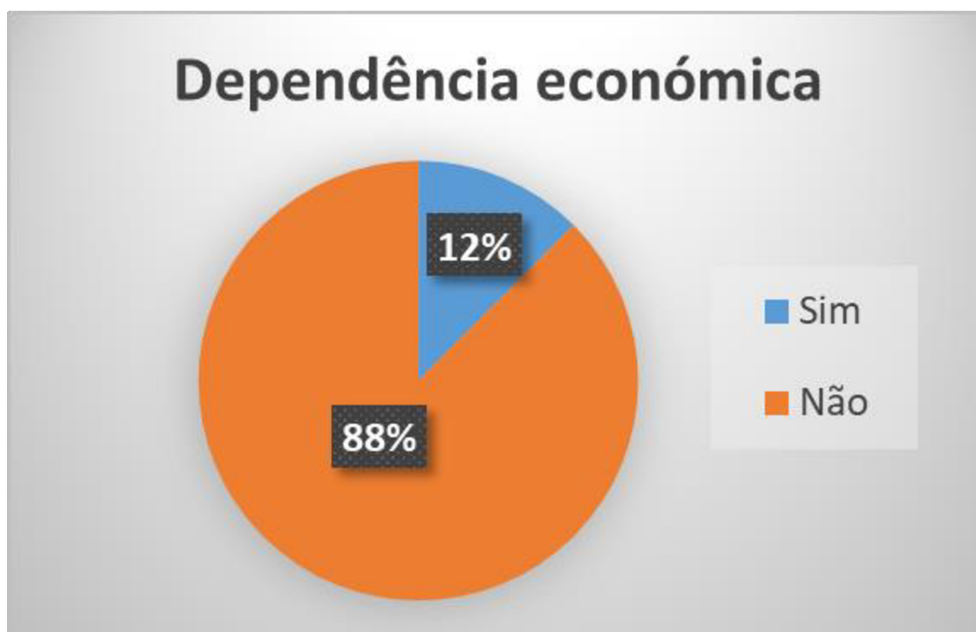
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 4 - Dados Sociodemográficos, com quem vivem



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 5 - Dados Sociodemográficos, quanto à dependência económica



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 6 - Dados Sociodemográficos, quanto à dependência económica



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 7 - Percepção da influência da atividade física no tratamento da DM



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 8 - Conhecimento da DM



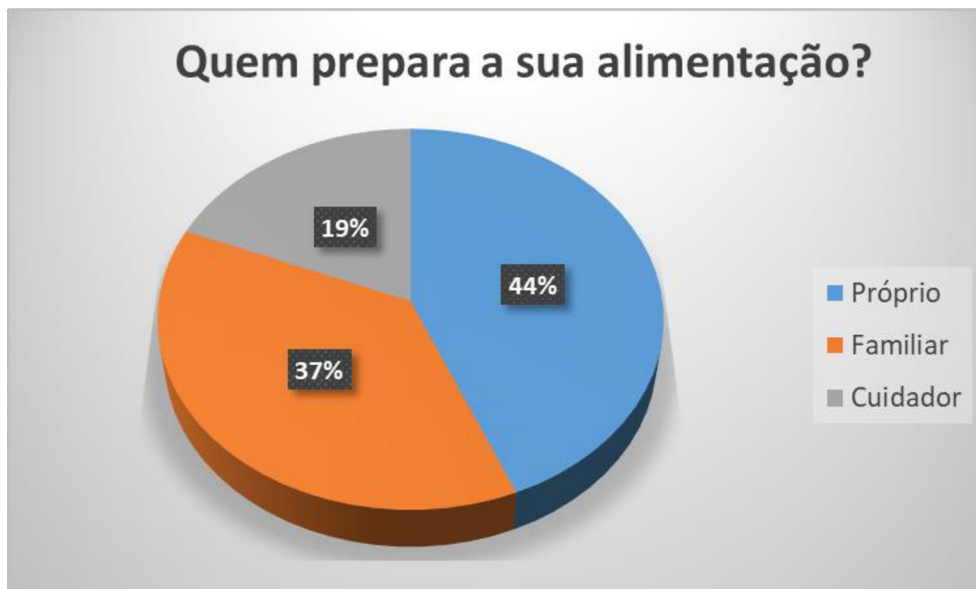
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 9 - Conhecimento sobre a influência da alimentação na DM



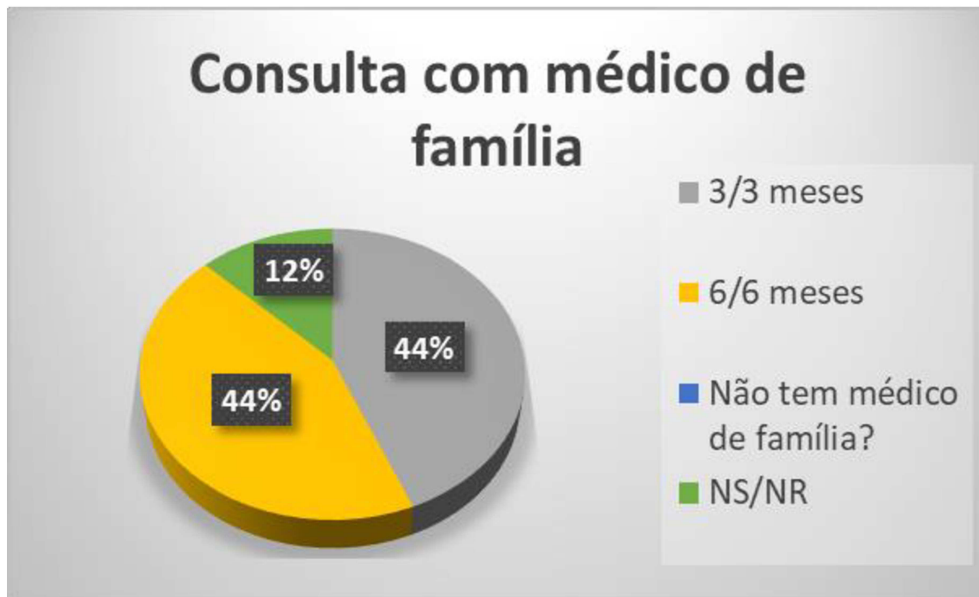
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 10 - Conhecimento da autonomia do doente com DM



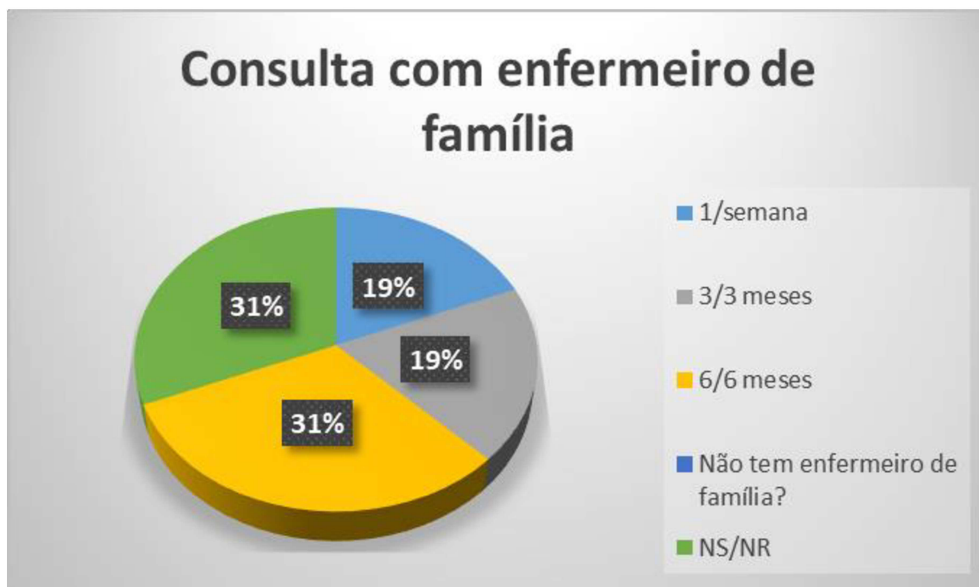
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 11 - Consulta com o médico de família



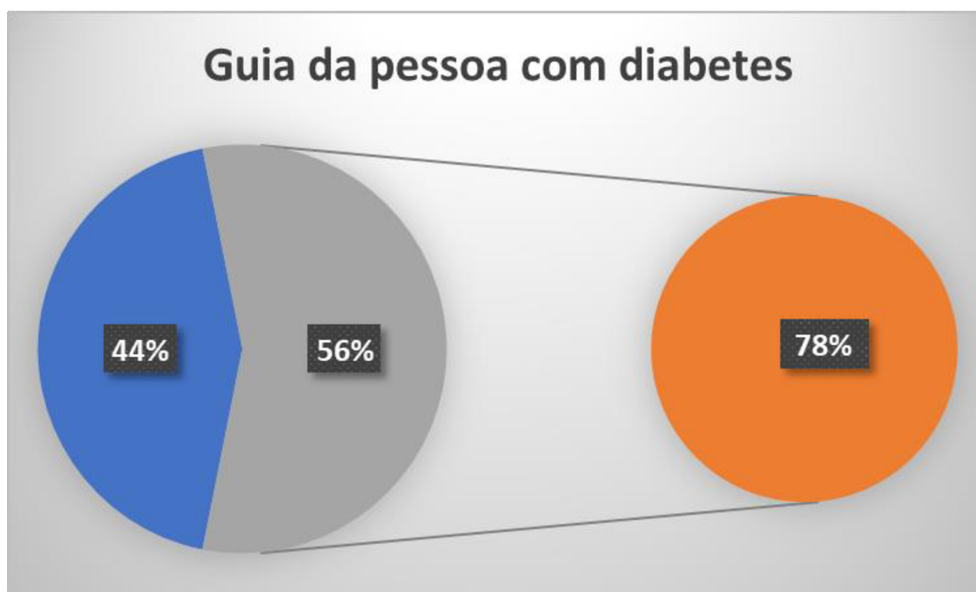
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 12 - Consulta com o enfermeiro de família



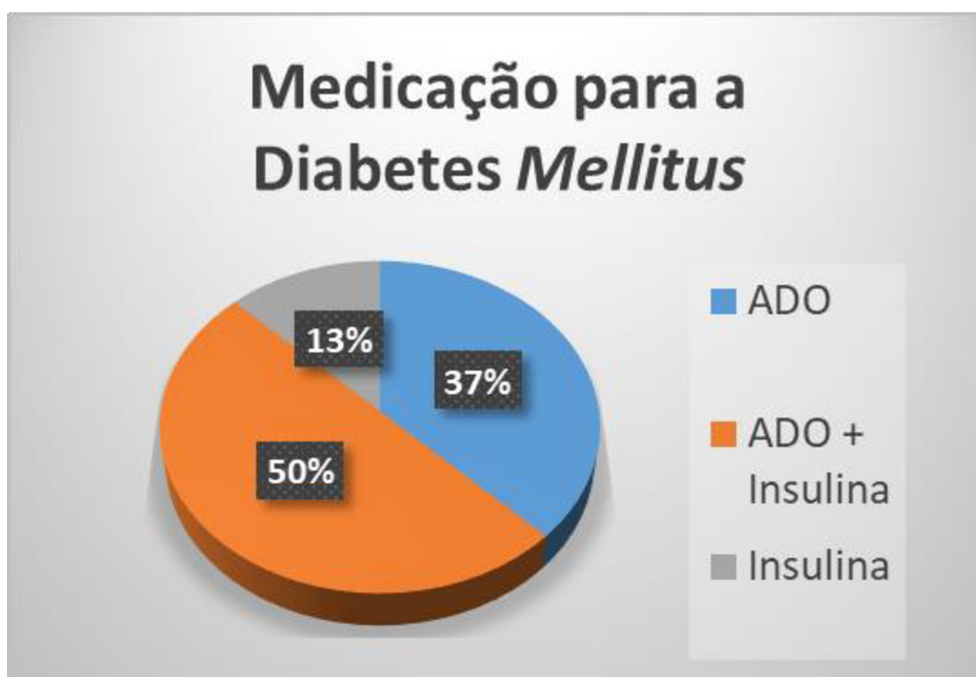
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 13 - Doentes com DM que possuem o guia da pessoa com diabetes



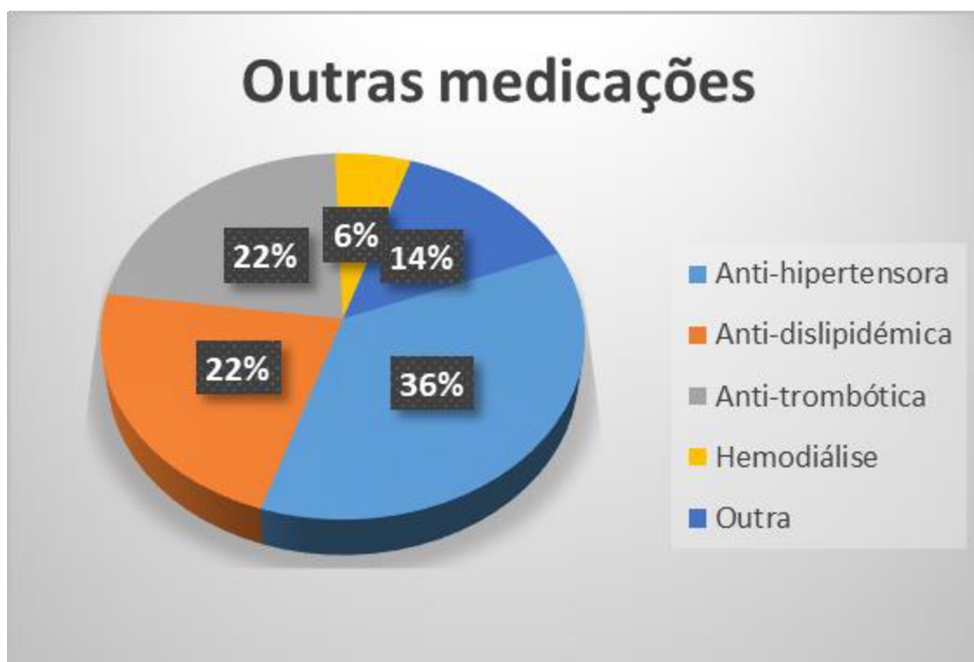
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 14 - Tipo de medicação usada



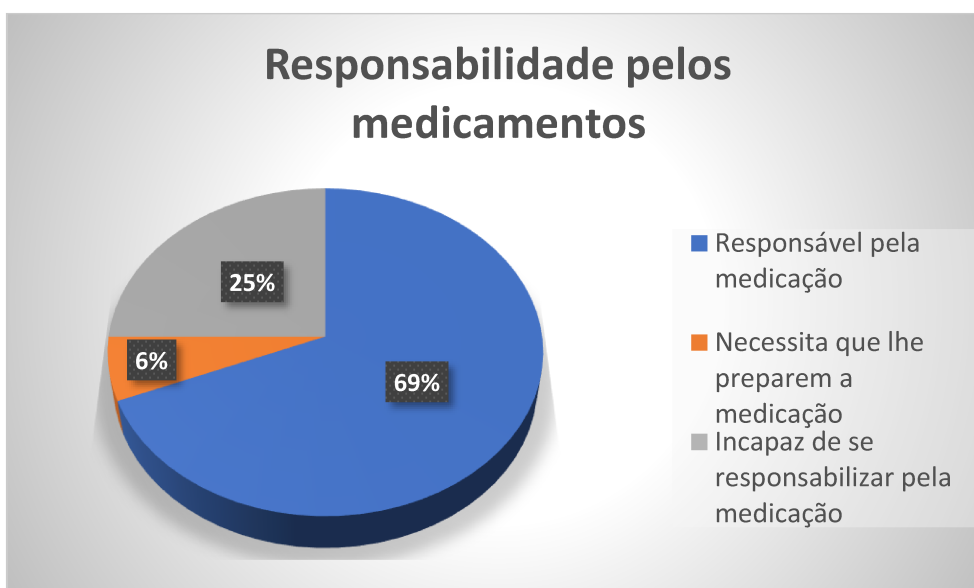
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 15 - Outras medicações usadas aquando a DM



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 16 - Responsabilidade pelos medicamentos



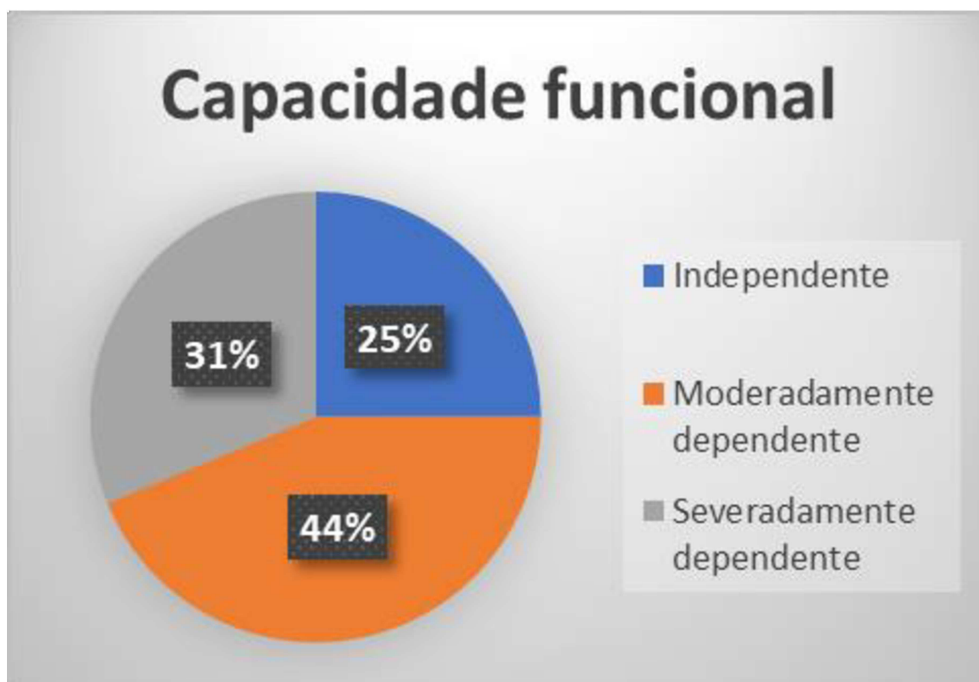
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 17 - Dependência de prestador de cuidados



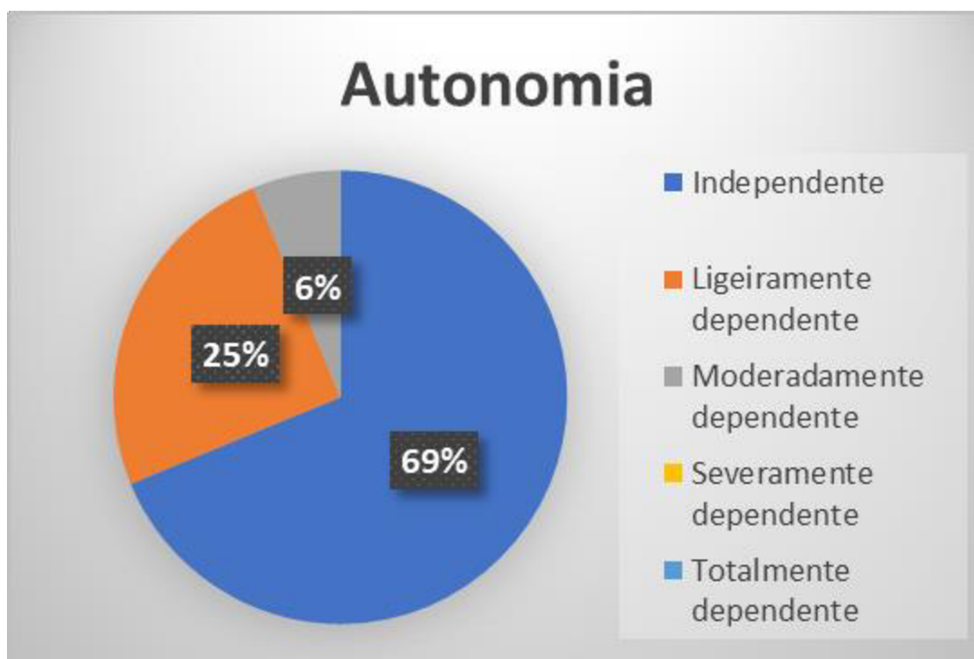
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 18 - Capacidade funcional



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 19 - Capacidade funcional



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 20 - Consulta de enfermagem na vigilância do pé diabético



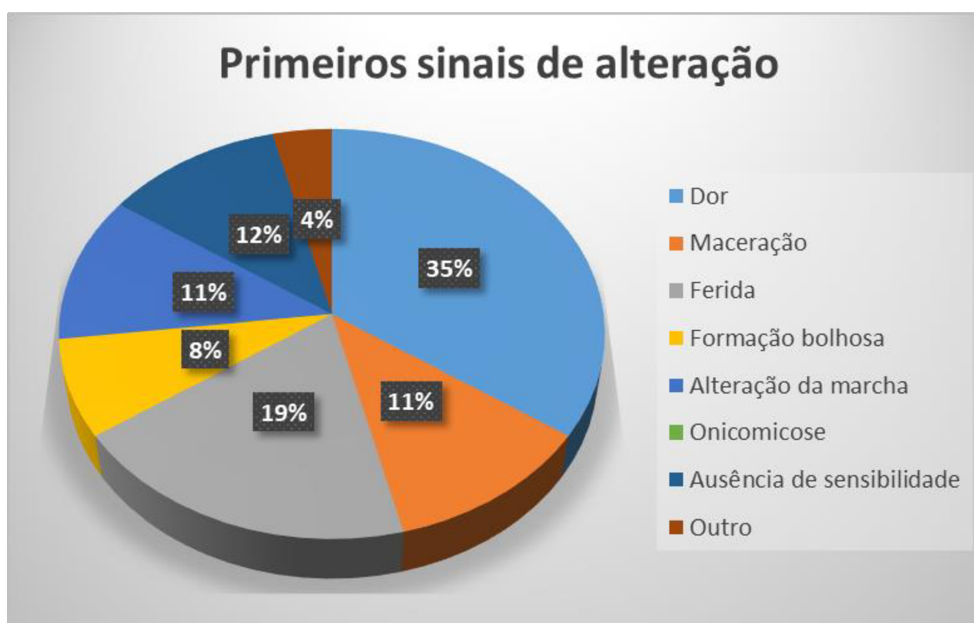
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 21 - Número de consultas nos CSP antes da referenciação



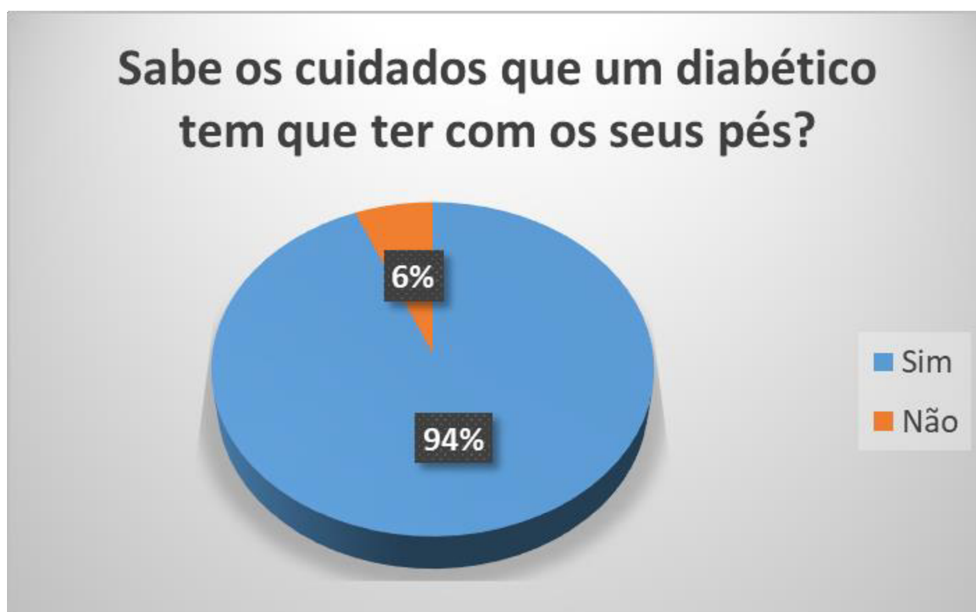
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 22 - Primeiros sinais de alteração



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 23 - Conhecimento dos cuidados a ter com os pés na DM



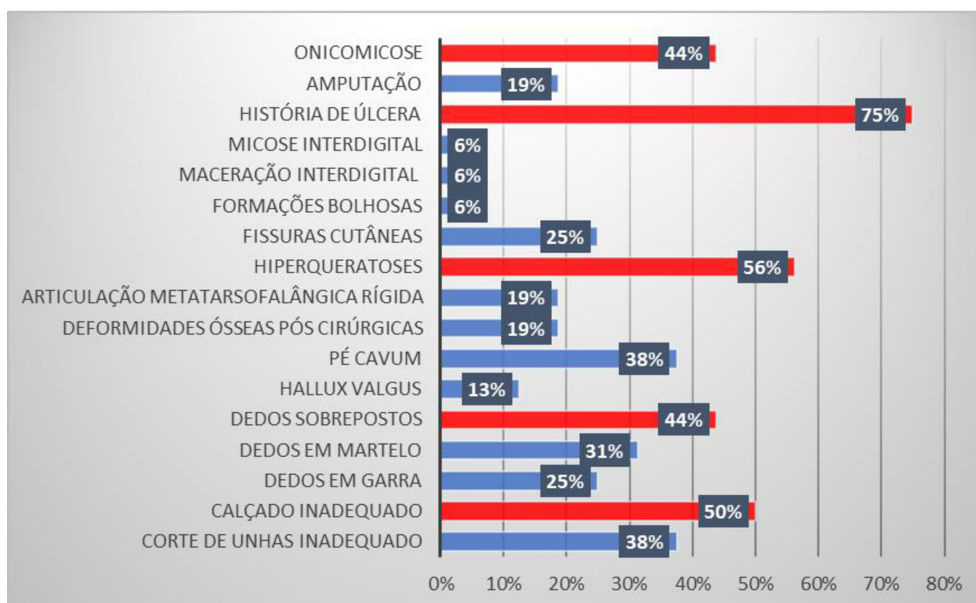
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 24 - Conhecimento sobre o uso de meias adequadas



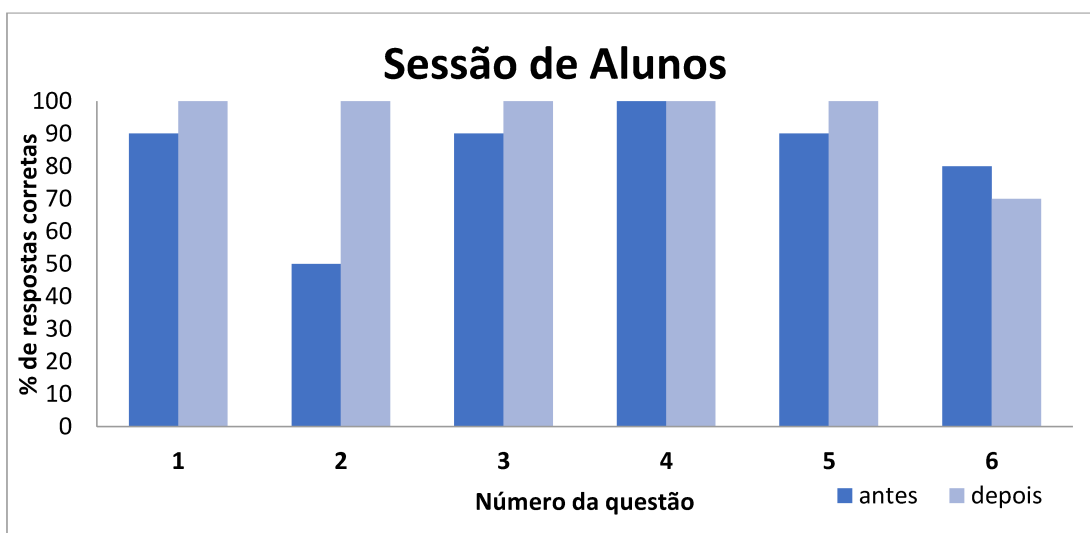
Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 25 - Apresentação de sinais de complicações no pé diabético



Dados emergentes do estudo de Investigação

Gráfico 26 - Avaliação da Primeira Sessão



Dados emergentes após aplicação do instrumento de avaliação

Gráfico 27 - Avaliação da Segunda Sessão



Dados emergentes após aplicação do instrumento de avaliação

Apêndice II

- Apresentação de quadros

QUADROS

Quadro 1 - Plano de atividades na sessão educativa alusiva ao Dia Mundial da Diabetes *Mellitus*

Tema	A diabetes também afeta as famílias.		
Formadores	José Rola, médico coordenador da Unidade de Saúde Pública; Leonida Marques, médica da Unidade de Saúde Pública; Ana Isabel Moreira, Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Comunitária; Ana Luísa Rodrigues, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Márcia Cristina Cardoso, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Catarina Pinheiro e Sandra Santos, enfermeiras e alunas do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária;		
Local, data e duração	Auditório da Escola Secundária Inês de Castro, situada na Rua da Quinta do Fojo, Canidelo, 4400-658 Vila Nova de Gaia, a 14 de novembro de 2018, entre as 15h00 e as 16h00.		
Público Alvo	Alunos, pais e encarregados de educação.		
Objetivo	Que no final da ação de educação para a saúde os participantes aumentem o seu conhecimento acerca da diabetes <i>mellitus</i> e reconheçam a importância de toda a família no processo de gestão de saúde e doença.		
Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia / Métodos auxiliares
Introdução	5 minutos	Agradecimento do convite dirigido; Apresentação de todos os intervenientes na ação; Breve resumo da temática que será abordada.	Método afirmativo.
Desenvolvimento	50 minutos	Conceito de diabetes <i>mellitus</i> ; Dados epidemiologia; Factos e mitos: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção; • Descodificador de rótulos; • Transmissão. • Intervenções na comunidade: • Políticas fiscais e controlo de <i>marketing</i>; • Reformulação dos produtos alimentares; 	Método afirmativo – expositivo com recurso a apresentação multimédia.

		<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da atividade física e redução de comportamento sedentário. <p>Intervenções individuais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável; • Atividade física; • Apoio da família. 	
Conclusão	10 minutos	Esclarecimento de dúvidas;	Método afirmativo – interrogativo.

Quadro 2 – Verdades ou Mitos

Frases
A atividade física reduz o risco de desenvolver diabetes <i>mellitus</i> .
Um alimento com pouco açúcar não faz mal à saúde.
Algumas pessoas com diabetes <i>mellitus</i> não apresentam sintomas.
Dormir o número de horas recomendadas ajuda a prevenir a diabetes <i>mellitus</i> .
A diabetes <i>mellitus</i> só afeta os obesos.
A diabetes <i>mellitus</i> é contagiosa.
Não é possível fazer nada para prevenir a diabetes <i>mellitus</i> .

Quadro 3 – Frases que confluem para o indicador de resultado.

Frases	Fórmulas
A atividade física reduz o risco de desenvolver diabetes mellitus.	Indicador = $\frac{N.º \text{ de respostas corretas à questão}}{N.º \text{ total de respostas à questão}} \times 100$
Um alimento com pouco açúcar não faz mal à saúde.	Indicador = $\frac{N.º \text{ de respostas corretas à questão}}{N.º \text{ total de respostas à questão}} \times 100$
Algumas pessoas com diabetes mellitus não apresentam sintomas.	Indicador = $\frac{N.º \text{ de respostas corretas à questão}}{N.º \text{ total de respostas à questão}} \times 100$
Dormir o número de horas recomendadas ajuda a prevenir a diabetes mellitus.	Indicador = $\frac{N.º \text{ de respostas corretas à questão}}{N.º \text{ total de respostas à questão}} \times 100$
A diabetes mellitus só afeta os obesos.	Indicador = $\frac{N.º \text{ de respostas corretas à questão}}{N.º \text{ total de respostas à questão}} \times 100$
A diabetes mellitus é contagiosa.	Indicador = $\frac{N.º \text{ de respostas corretas à questão}}{N.º \text{ total de respostas à questão}} \times 100$
Não é possível fazer nada para prevenir a diabetes mellitus.	Indicador = $\frac{N.º \text{ de respostas corretas à questão}}{N.º \text{ total de respostas à questão}} \times 100$

A fórmula da meta previamente estabelecida é:

$$\frac{\text{Soma de percentagens alteradas em cada questão}}{\text{n.º total de questões com alterações de percentagens}} \times 100$$

Quadro 4 – Resultados das frases

Frases	Taxa diagnóstico	Taxa final
A atividade física		
reduz o risco de desenvolver diabetes <i>mellitus</i>.	Indicador inicial = $\frac{4}{5} \times 100 = 80\%$	Indicador final = $\frac{8}{8} \times 100 = 100\%$
Um alimento com pouco açúcar não faz mal à saúde.	Indicador inicial = $\frac{3}{7} \times 100 = 42,9\%$	Indicador final = $\frac{5}{7} \times 100 = 71,4\%$
Algumas pessoas com diabetes <i>mellitus</i> não apresentam sintomas.	Indicador inicial = $\frac{5}{6} \times 100 = 83,3\%$	Indicador final = $\frac{5}{7} \times 100 = 71,4\%$
Dormir o número de horas recomendadas ajuda a prevenir a diabetes <i>mellitus</i>.	Indicador inicial = $\frac{2}{8} \times 100 = 25\%$	Indicador final = $\frac{4}{6} \times 100 = 66,7\%$
A diabetes <i>mellitus</i> só afeta os obesos.	Indicador inicial = $\frac{8}{8} \times 100 = 100\%$	Indicador final = $\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$
A diabetes <i>mellitus</i> é contagiosa.	Indicador inicial = $\frac{7}{7} \times 100 = 100\%$	Indicador final = $\frac{5}{5} \times 100 = 100\%$
Não é possível fazer nada para prevenir a diabetes <i>mellitus</i>.	Indicador inicial = $\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$	Indicador final = $\frac{9}{10} \times 100 = 90\%$
Taxa de respostas corretas	75,8%	85,6%

Meta estabelecida:

Taxa de resposta corretas final – Taxa de resposta correta diagnóstico

$$85,6\% - 75,8\% = 9,8\%$$

Quadro 5 – Resultados das frases

Indicador	Processo / Meta
% de alunos que assistiram à ação de formação	Que pelo menos 80% dos participantes identifiquem complicações associadas à diabetes
% de utentes que assistiram à ação de educação para a saúde	Que pelo menos 70% dos utentes do lar (ERPI), que assistiram à sessão educativa, tenham aumento de conhecimento em relação aos sinais e sintomas hipoglicemia na doença de diabetes <i>mellitus</i> .
% de utentes portadores da diabetes e seus cuidadores informais	Que pelo menos 5% dos utentes que assistirem à ação de educação na USP identifiquem pelo menos uma complicação da diabetes <i>mellitus</i>
Elaboração de panfleto	Realização de panfleto para a comunidade

Quadro 6 - Indicadores de avaliação do projeto de intervenção

Indicador	Fórmula	Meta	Avaliação
% de alunos que assistiram à ação de formação	$\frac{n.º \text{ de alunos que assistiram à ação de formação}}{n.º \text{ de alunos do 10.º ano inscritos na disciplina}} \times 100$	90%	100%
% de alunos que assistiram à ação de formação que identificam complicações associadas à diabetes	$\frac{n.º \text{ de alunos que assistiram à sessão e que identificam complicações associadas à diabetes no final da mesma}}{\text{total de alunos presentes na sessão}} \times 100$	80%	100%
% de utentes que assistiram à ação de educação para a saúde	$\frac{n.º \text{ de utentes que assistiram à ação de educação para a saúde no ERPI}}{\text{total de utentes do ERPI}} \times 100$	80%	100%
% de utentes que assistiram à ação de educação para a saúde e identifiquem sinais e sintomas de hipoglicemia	$\frac{n.º \text{ de utentes que assistiram à ação e educação para a saúde no ERPI e que identificam sinais e sintomas de hipoglicemia}}{\text{total de utentes do ERPI que assistiram à sessão}} \times 100$	70%	71%
% de utentes portadores de diabetes e seus cuidadores informais	$\frac{n.º \text{ de utentes portadores de diabetes e seus cuidadores informais presentes pertencentes ao ACeS}}{\text{total de pessoas presentes na ação}} \times 100$	10%	0%
% de utentes portadores de diabetes e seus cuidadores informais que identificam	$\frac{n.º \text{ de utentes portadores de diabetes e seus cuidadores informais que no final da sessão identificam hábitos alimentares saudáveis, variados e equilibrados}}{\text{total de pessoas presentes na ação}} \times 100$	5%	0%

Indicador	Fórmula	Meta	Avaliação
hábitos alimentares saudáveis, variados e equilibrados			
Elaboração de panfletos		Panfleto efetivado	Panfleto efetivado

Quadro 7 - Plano das sessões educativas desenvolvidas

Objetivos específicos	Objetivos operacionais / Metas	Estratégias	Atividades	Indicador de resultado
<p>Ensinar o conceito de diabetes <i>mellitus</i> e complicações</p>	<p>Que pelo menos 90% de alunos inscritos no curso da turma do 10.º ano, frequentem a sessão formativa (sessão efetivada)</p>	<p>Reunião com coordenadores e professores de forma a organizar a sessão educativa em tempo de aula programada como disciplina. Na intervenção, usar-se-ão meios diretivos, ministrando a área de conhecimento científico recorrendo a um modelo expositivo. Audiovisuais. Programas educacionais em formato de grupo. Apresentação aos alunos com base em cenários, ancorada em alguns problemas realistas que permite que o aluno sinta os mesmos dilemas que os profissionais de saúde.</p>	<p>Questionários antes e depois das sessões, como instrumento de avaliação em todas as sessões.</p> <p>Recurso a meios audiovisuais</p> <p>Esclarecimento de dúvidas / esclarecimentos</p>	<p>Que pelo menos 80% dos participantes identifiquem complicações associadas à diabetes</p>
<p>Ensinar sobre autovigilância de sinais e sintomas - hipoglicemia</p>	<p>Que pelo menos 80% de utentes do Lar assistam à ação de educação para a saúde.</p>	<p>Reunião para sensibilização do coordenador do lar para a necessidade para a Educação para a Saúde. Administração de informação oral de fácil perceção que vá de encontro às dificuldades cognitivas apresentadas.</p>		<p>Que pelo menos 70% dos utentes do lar (ERPI), que assistiram à sessão educativa, tenham conhecimento do que é hipoglicemia na doença de diabetes <i>mellitus</i>.</p>

Objetivos específicos	Objetivos operacionais / Metas	Estratégias	Atividades	Indicador de resultado
<p>Ensinar hábitos alimentares saudáveis</p>	<p>Que 10% dos utentes assistam à ação educativa na USP (sessão efetiva)</p>	<p>Afixar cartaz na Unidade da Saúde Pública como forma de convite para a sessão a ser planeada nas instalações da USP, com distribuição de <i>flyers</i> por algumas Juntas de Freguesia do Concelho.</p> <p>Capacitar e responsabilizar, no sentido de uma aprendizagem construtiva, baseada no processo cognitivo de cada pessoa.</p> <p>Administração de informação oral de fácil perceção.</p> <p>Objetividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo.</p> <p>Elaborar panfleto, após este irá a grupo de consensos da equipa multidisciplinar para validação e distribuído às unidades funcionais do ACeS, de forma a dar continuidade à promoção e prevenção da diabetes <i>mellitus</i>.</p>	<p>Elaborar cartaz</p> <p>Elaborar <i>flyers</i></p> <p>Difundir convites colocando-os em locais físicos estratégicos da USP</p> <p>Elaborar Panfleto</p> <p>Distribuição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UCSP em Afurada • USF St.º André Canidelo • USP - Canidelo • Junta de freguesia de Caidelo 	<p>Que pelo menos 5% dos utentes que assistirem à ação de educação na USP identifiquem pelo menos uma complicação da diabetes <i>mellitus</i>.</p>

Quadro 8 - Especificação detalhada das atividades

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
Sessão de Educação para a Saúde, dirigida a alunos do 10.º ano, da ES	1 Enfermeira da Saúde Pública, tutora de estágio Profissional e 2 enfermeiras mestradas em especialização em Saúde Comunitária	5 de dezembro de 2018 Horário: 10 às 11h	ES- Gaia	½ hora de preleção com projeção de audiovisuais e 15 min para discussão / dúvidas dos participantes.	Sensibilizar / envolver os jovens e futuros profissionais de saúde, em que haja demonstração em 80% do conhecimento das complicações associadas à diabetes	Realização efetiva da sessão $\frac{n.º \text{ de alunos que assistiram à ação de formação}}{n.º \text{ de alunos do 10.º ano inscritos na disciplina}} \times 100$ $\frac{n.º \text{ de alunos que assistiram à sessão e que identificam complicações associadas à diabetes no final da mesma}}{\text{total de alunos presentes na sessão}} \times 100$
Sessão de Educação para a Saúde, dirigida à população, e cuidadores informais do ACeS	Enfermeira da Saúde Pública, tutora de estágio profissional e 2 enfermeiras mestradas em especialização de Saúde comunitária	17 de dezembro de 2018 Horário: 14h às 15h	Unidade de Saúde Pública	½ hora de preleção com projeção de audiovisuais e 15 min para discussão / dúvidas dos participantes.	Sensibilizar utentes portadores de diabetes e seus cuidadores informais, em que 5% identifiquem hábitos alimentares saudáveis, variados e	Realização efetiva da sessão $\frac{n.º \text{ de utentes portadores de diabetes e seus cuidadores informais presentes pertencentes ao ACeS}}{\text{total de pessoas presentes na ação}} \times 100$ $\frac{n.º \text{ de utentes portadores de diabetes e seus cuidadores informais que no final da sessão identificam hábitos alimentares saudáveis, variados e equilibrados}}{\text{total de pessoas presentes na ação}} \times 100$

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
					equilibrados	
Sessão educativa dirigida para utentes que pertençam ao lar de uma ERPI	Enfermeira da Saúde Pública, tutora de Estágio Profissional e 2 enfermeiras mestrandas em especialização em Saúde Comunitária	10 de dezembro de 2018 Horário: 14h às 15h	ERPI	½ hora de preleção com projeção de audiovisuais e 15 min para discussão / dúvidas dos participantes	Sensibilizar os utentes do lar de uma ERPI que assistiram à ação de educação para a saúde, em que 70% identifiquem sinais e sintomas de hipoglicemia.	Realização efetiva da sessão $\frac{n.º \text{ de utentes que assistiram à ação de educação para a saúde no ERPI}}{\text{total de utentes do ERPI}} \times 100$ $\frac{n.º \text{ de utentes que assistiram à ação e educação para a saúde no ERPI e que identificam sinais e sintomas de hipoglicemia}}{\text{total de utentes do ERPI que assistiram à sessão}} \times 100$