



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

***“VIGILÂNCIA E CUIDADOS AOS PÉS DOS DIABÉTICOS:  
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO”***

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 Comunitária

Por Ana Sofia Cardoso Valente Tomé

PORTO, Abril de 2012



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

***“VIGILÂNCIA E CUIDADOS AOS PÉS DOS DIABÉTICOS:  
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO”***

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 Comunitária

Por Ana Sofia Cardoso Valente Tomé

Sob orientação da Professora Norminda Magalhães

PORTO, Abril de 2012

*Recomeça....  
Se puderes  
Sem angústia  
E sem pressa.  
E os passos que deres,  
Nesse caminho duro  
Do futuro  
Dá-os em liberdade.  
Enquanto não alcances  
Não descanses.  
De nenhum fruto queiras só metade.  
E, nunca saciado,  
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.  
Sempre a sonhar e vendo  
O logro da aventura.  
És homem, não te esqueças!  
Só é tua a loucura  
Onde, com lucidez, te reconheças...*

*Miguel Torga*

## RESUMO

No presente relatório, pretende-se apresentar as atividades desenvolvidas durante o estágio, demonstrando a forma como foram adquiridas as competências que permitiram obter a Especialidade na área de Especialização em Enfermagem Comunitária. O estágio foi realizado na UCC Senhora da Hora, concelho de Matosinhos, nos períodos compreendidos entre 27 de abril e 25 de junho de 2011 e entre 3 de outubro de 2011 e 4 de fevereiro de 2012, composto por três módulos. Foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde.

Durante o primeiro módulo, foi planeado, executado e apresentado um Diagnóstico de Situação de Saúde, tendo como população-alvo os utentes diabéticos, inscritos em clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora. Foi aplicado um formulário a uma amostra de 63 indivíduos, num universo de 190. O objetivo foi conhecer os problemas/necessidades desta população, tendo-se de seguida efetuado a Definição de Prioridades.

Nos Módulos II e III, foi planeado, executado e avaliado um Projeto de Intervenção, para dar resposta ao problema: vigilância e cuidados aos pés, inadequados. O tema do projeto foi: *“Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos”* e o principal objetivo foi induzir mudança nos comportamentos de prevenção e procura de saúde da população-alvo, contribuindo para a diminuição do aparecimento de úlceras nos pés dos utentes diabéticos.

Foram utilizadas como estratégias principais a educação para a saúde, as visitas domiciliárias e a realização de uma feira da saúde para a comemoração do Dia Mundial da Diabetes. As sessões de educação para a saúde permitiram aumentar os conhecimentos dos utentes e seus familiares/cuidadores acerca da higiene, vigilância e cuidados aos pés, com uma percentagem de 84% formandos que mostraram respostas corretas no final das sessões e atingindo 40% de presenças, do total de utentes convocados.

Com as visitas domiciliárias efetuou-se a avaliação do estado dos pés dos utentes e também a avaliação da família destes. Com esta intervenção, foi possível atingir 36,3% da população-alvo no que diz respeito à avaliação dos pés, contribuindo para atingir a indicação dada pela DGS de cada diabético ter pelo menos uma avaliação anual dos pés, tendo sido efetuados todos os registos no processo clínico dos utentes.

## **ABSTRACT**

The present report is to present the activities carried out during the stage, showing how were acquired skills that allow the Specialization in Community Health Nursing. The stage was held in UCC Senhora da Hora, in the periods between April 27th and June 25th, 2011 and between October 3rd, 2011 and February 4th, 2012, in three modules. The methodology of health planning was used.

During the first Module was planned, executed and presented a Diagnosis of Health Situation, with the target population composed by the Diabetic clients of Private Clinics and residents in Senhora da Hora. A form was applied to a sample of 63 individuals, out of 190 people. The aim was to understand the problems/needs of this population and then was made to Priority Setting.

In Modules II and III was planned, implemented and evaluated an Intervention Project to tackle the problem: inadequate surveillance and care of the feet. The design theme was: "Vigilance and Care for the Diabetic Foot" and the main objective was to induce behavior change in preventive health and seeks to the target population, contributing to reducing the appearance of foot ulcers on diabetic foot.

The key strategies were: health education, home visitations and a Health Fair to commemorate the World Diabetes Day.

Education sessions for health have increased knowledge of clients and their families/caregivers about hygiene, surveillance and care for feet, with a percentage of 84% correct responses showed at the end of sessions and reaching 40% attendance, of all clients called.

The home visitations were made to assess the condition of the feet of clients and to evaluate their family. This intervention attained 36,3% of the target population in regard to the evaluation of the feet, helping to achieve the indication given by DGS that each diabetic must have at least one annual evaluation of his foot. All records in the clinical process of clients were made.

## **AGRADECIMENTOS**

Estando prestes a terminar este percurso, tenho consciência que não estive só.

Por isso mesmo, não poderia passar sem deixar aqui impressos os meus mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, estiveram ao meu lado.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Norminda Magalhães por toda a sua generosidade, sabedoria e apoio em todos os momentos no decorrer deste percurso.

À Enfermeira Raquel Azevedo, Tutora no local de estágio, agradeço a paciência e dedicação, numa profissional que considero um exemplo a seguir.

Aos utentes que aceitaram embarcar nesta aventura na procura de uma saúde melhor.

Às colegas e companheiras de curso, por todos os momentos de luta e alegria que partilhámos, os quais nos permitiram seguir corajosamente em frente.

À família e amigos, pelos momentos que lhes roubei nesta minha procura pelo conhecimento.

Por fim, e mais importante, ao meu marido, pela força e encorajamento nesta demanda em busca do meu sonho, por todo o amor, apoio e sapiência que soube e sabe sempre transmitir.

A todos, o meu muito obrigada.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- AES – Ação de Educação para a Saúde
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DM – Diabetes *Mellitus*
- EEC – Especialização em Enfermagem Comunitária
- IDF – *International Diabetes Federation*
- IMC – Índice de Massa Corporal
- MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OND – Observatório Nacional da Diabetes
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora
- UCESH – Unidade de Cuidados de Enfermagem Senhora da Hora
- ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- VD – Visitação Domiciliária

## ÍNDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>1 – ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO</b> .....	25
1.1 – Local.....	26
<b>2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE</b> .....	29
2.1 – População-alvo.....	30
2.2 – Colheita de dados.....	30
2.3 – Definição de objetivos e metas.....	31
2.4 – Indicadores de avaliação.....	32
2.5 – Apresentação e discussão dos resultados.....	33
2.6 – Determinação das necessidades de saúde prioritárias.....	43
<b>3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA</b> .....	47
3.1 – Projeto: “ <i>Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos</i> ”.....	47
3.2 – Estratégias.....	49
3.3 – Definição de objetivos e metas.....	51
3.4 – Indicadores de avaliação.....	55
3.5 – Apresentação e discussão dos resultados.....	59
<b>4 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	63
<b>5 – CONCLUSÃO</b> .....	67
<b>6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73
<b>ANEXOS</b> .....	75
ANEXO I – Projeto de Estágio	
ANEXO II – Formulário de colheita de dados	
ANEXO III – Projeto de Intervenção “ <i>Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos</i> ”	
ANEXO IV – Planeamento das Ações de Educação para a Saúde	
ANEXO V – Planeamento da Sessão de apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação à equipa de saúde	
ANEXO VI – Planeamento das Visitações Domiciliárias	
ANEXO VII – Planeamento da Feira da Saúde “Comemoração do Dia Mundial da Diabetes”	

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Indicadores de avaliação do Diagnóstico.....	32
<b>Quadro 2</b> – Distribuição das frequências absolutas e percentuais do risco de ulceração dos pés.....	39
<b>Quadro 3</b> – Principais resultados obtidos e problemas identificados com o Diagnóstico de Situação.....	42
<b>Quadro 4</b> – Amplitude do problema, adaptado à dimensão da população em estudo.....	44
<b>Quadro 5</b> – Aplicação dos critérios do método de Hanlon a cada problema.....	44
<b>Quadro 6</b> – Aplicação do método de Grelha de Análise para desempate entre dois problemas.....	45
<b>Quadro 7</b> – Indicadores de processo das Ações de Educação para a Saúde.....	55
<b>Quadro 8</b> – Indicador de resultado das Ações de Educação para a Saúde.....	56
<b>Quadro 9</b> – Indicador de avaliação da apresentação dos resultados do Diagnóstico de situação à equipa de saúde.....	56
<b>Quadro 10</b> – Indicadores de processo da Feira da Saúde.....	57
<b>Quadro 11</b> – Indicador de resultado da Feira da Saúde.....	57
<b>Quadro 12</b> - Indicadores de processo das Visitações Domiciliárias.....	58
<b>Quadro 13</b> - Indicadores de resultado das Visitações Domiciliárias.....	58

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Pirâmide etária da amostra.....	34
--	----

## **0 – INTRODUÇÃO**

A importância dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem vindo a ser abordada e evidenciada desde a 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma-Ata, corria o ano de 1978. De facto, os CSP são considerados o pilar dos sistemas de saúde, pela relação de proximidade e confiança que são capazes de transmitir aos cidadãos, permitindo a prestação de cuidados contínuos, quer aos indivíduos, quer às famílias, grupos e à própria comunidade.

A profissão de Enfermagem tem procurado ao longo dos tempos evoluir positivamente, favorecendo aos profissionais o aumento do seu nível de conhecimento, com uma evolução pessoal e profissional efetiva, permitindo que estes assumam cargos de cada vez maior responsabilidade junto da população, conforme vão adquirindo maior grau de especialização. Este papel que os enfermeiros têm assumido, associando-se à evolução técnico-científica das últimas décadas, tem contribuído para a melhoria do nível de saúde das populações.

Este facto concorre para o aumento da esperança de vida, o que se traduz num processo de envelhecimento da população, mais relevante nos países desenvolvidos. Quer isto dizer, que tem ocorrido um aumento do número de anos de vida das pessoas, o que traz consigo uma expansão das doenças crónicas e não transmissíveis, como é o caso da Diabetes. Não é por acaso que os relatórios do Observatório Nacional da Diabetes (OND) têm revelado que a maior prevalência desta doença, no nosso país, esteja no escalão etário acima dos 60 anos, havendo mesmo uma correlação direta entre o aumento da prevalência e o envelhecimento das pessoas.

O Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária vai proporcionar ao enfermeiro o assumir de uma prestação de cuidados diferenciados, com maior grau de complexidade e maior capacidade de intervenção em situações intrincadas, tendo como principal objeto de cuidados as famílias, grupos e comunidade.

O processo de aquisição de competências nesta área é longo e implica o domínio de um vasto referencial teórico, assim como dos conhecimentos e destreza necessários para colocar em prática os saberes adquiridos na teoria.

Esta é a base na qual assenta o Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, que implicou o atravessar da fase do saber teórico, assim como uma fase de intervenção em campo, numa procura de maior contacto com as pessoas, permitindo a obtenção das várias aptidões que são requeridas.

Assim, é lógica a realização do estágio na comunidade, com o objetivo de desenvolver as competências necessárias, ao mesmo tempo que se procura diminuir ou eliminar as necessidades que forem detetadas, num processo que acarreta ganhos quer para a população, quer para o enfermeiro.

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora (UCCSH) e, seguindo uma necessidade identificada pelos peritos desta unidade, as atividades desencadearam-se tendo como população-alvo os utentes com o diagnóstico de Diabetes, inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, concelho de Matosinhos.

De acordo com o plano de estudos, o estágio desenrolou-se ao longo de três módulos distintos. O Módulo I decorreu no período entre 27 de abril e 25 de junho de 2011 e foi durante o mesmo que foi planeado, executado e apresentado o “*Diagnóstico de Saúde dos Utentes Diabéticos das Clínicas Privadas da Senhora da Hora*”. Os Módulos II e III decorreram entre 3 de outubro de 2011 e 4 de fevereiro de 2012, tendo sido durante este período que foi planeado, executado e avaliado um projeto de intervenção comunitária.

Seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde, procurou-se estudar esta população e, conhecidas as principais necessidades, foram determinadas as prioridades de atuação.

Um dos problemas que foram considerados prioritários prende-se com a *vigilância e cuidados aos pés dos utentes diabéticos*, associados ao cálculo do risco de ulceração que os utentes apresentaram, tendo sido consideradas inadequadas.

O pé diabético é uma realidade cuja resolução está envolta em dúvidas e incertezas, levando a que muitas vezes se pense que pode ser uma inevitabilidade na vida do diabético.

Em Portugal, todos os anos, algumas centenas de pessoas são internadas com o diagnóstico de pé diabético e muitos destes casos acabam em amputações dos membros inferiores.

Sendo uma situação que acarreta um sofrimento humano difícil de contabilizar nas pessoas com Diabetes e seus familiares, implica também largos investimentos e grandes esforços de índole profilática e terapêutica, dirigidos especialmente para o combate desta doença e suas complicações.

Apesar destes investimentos, os pesados dispêndios no campo da investigação científica não alcançaram ainda os fins pretendidos. Campanhas sucessivas dirigidas à população de risco não atingiram igualmente os objetivos programados.

Na verdade, o problema do pé diabético permanece ainda entre nós, afetando seriamente a qualidade de vida dos diabéticos e suas famílias, constituindo uma preocupação a nível nacional cuja resolução não parece estar ainda à vista.

Os factos mencionados são conhecidos, preocupantes e justificam a necessidade de reforço do envolvimento de todos quantos se ocupam das diversas vertentes deste problema de saúde pública, envolvendo estratégias aos vários níveis de prevenção.

O estudo da diabetes e das suas complicações tem a necessidade de ser multidisciplinar, a vertente sociológica e comportamental deve ser aprofundada, não se podendo reduzir o estudo e o tratamento desta patologia aos conhecimentos baseados na tradicional abordagem biomédica, maioritariamente orientada para tratar sinais e sintomas.

Considera-se que um dos meios mais eficazes na luta contra a problemática do pé diabético é a aposta em estratégias de educação, a par de campanhas de informação clara e orientada.

Neste sentido, foi realizado um Diagnóstico de Saúde, para detetar os problemas e necessidades dos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora e posteriormente foi efetuada a definição das prioridades tendo em conta os problemas/necessidades encontrados.

O estudo consistiu na aplicação de um formulário aos utentes realizado no domicílio dos mesmos, aplicado numa amostra de conveniência, constituída por 63 diabéticos, com idades compreendidas entre os 32 e 85 anos (média de 63,22, desvio padrão de 9,91).

O objetivo foi inteirar-nos até que ponto a informação transmitida sobre a temática “Diabetes” é suficiente e adequada para os utentes destas clínicas, espelhada nos seus comportamentos nas várias áreas, nomeadamente na vigilância dos pés.

Tendo em vista contribuir para a prevenção do pé diabético foi elaborado o projeto de intervenção comunitária “*Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos*”, tendo sido escolhidas como estratégias de atuação a realização de sessões de educação para a saúde em grupo, visitas domiciliares e uma feira da saúde para comemoração do Dia Mundial da Diabetes. Após a implementação do projeto, procedeu-se à sua avaliação, sendo esta uma etapa fundamental, que permitiu refletir acerca da adequação das estratégias selecionadas e do impacto que se obteve junto da população-alvo e da comunidade em geral.

O presente relatório, sendo o culminar deste processo de aquisição de competências, é um momento fulcral, pretendendo ser, mais do que o agrupar das experiências e competências adquiridas, um momento de reflexão crítica, durante o qual se demonstra o percurso percorrido. Deste modo, o trabalho encontra-se estruturado em quatro partes:

Num primeiro momento, será abordado o enquadramento do estágio e do local onde foi realizado.

A segunda parte será centrada no Diagnóstico de Situação de Saúde, apresentando-se a população-alvo, a colheita de dados, os objetivos e metas delineados, assim como os respetivos indicadores de avaliação, apresentando também os resultados obtidos e a definição das prioridades relativamente às necessidades encontradas.

No terceiro capítulo, apresenta-se o Projeto de Intervenção Comunitária “*Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos*”, com as estratégias selecionadas, os objetivos, metas, indicadores de avaliação e por fim a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

No quarto capítulo, pretende-se abordar a questão da aquisição de competências, efetuando uma reflexão aprofundada sobre os objetivos que se pretendiam atingir com este Curso e a forma como foram alcançados.

## **1 – ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO**

De acordo com o plano curricular para a obtenção do grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Comunitária, para além de uma componente teórica do curso é necessária a realização de um estágio na área de especialização.

Assim, de forma a dar resposta a esta exigência, foi realizado o estágio na UCCSH, o qual se desenrolou ao longo de três módulos distintos:

O módulo I decorreu no período entre 27 de abril e 25 de junho de 2011 e tinha como objetivo principal a realização de um Diagnóstico de Saúde a uma determinada população.

Os módulos II e III decorreram entre 3 de outubro de 2011 e 4 de fevereiro de 2012, estando previsto para este período a realização de intervenção na comunidade de acordo com as necessidades identificadas através do planeamento, implementação e avaliação de um Projeto de Intervenção.

Sendo o terceiro módulo de estágio opcional, durante o qual se poderia optar por intervir noutras áreas em função do projeto profissional, decidiu-se manter a aplicação do projeto de intervenção iniciado no segundo módulo e, para além disso, alargar as experiências, efetuando estágio de observação numa Unidade de Saúde Familiar (USF), assim como acompanhando outros projetos da UCCSH, nomeadamente a Saúde Escolar.

Estas opções justificam-se pelo facto de a experiência profissional atual se cingir aos cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente ao nível hospitalar.

O Projeto de Estágio (Anexo I) realizado previamente à realização do mesmo revelou-se um guia essencial para a prossecução dos objetivos que nele se encontram definidos.

## 1.1 – Local

O estágio decorreu na UCCSH, a qual é composta por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e disponibilidade de recursos.

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) foram criadas de acordo com o artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro e têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo directo, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em que se integram.

A UCCSH está integrada no ACES da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e encontra-se sediada no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

A área de influência corresponde à área geográfica de actuação do Centro de Saúde da Senhora da Hora, nomeadamente as freguesias da Senhora da Hora, Custóias e Guifões.

Os projetos desenvolvidos pelos profissionais da UCCSH são muitos e inseridos nas mais variadas áreas, que vão desde a saúde escolar, a parentalidade, o apoio ao prestador de cuidados de pessoas dependentes e a gestão do regime terapêutico dos utentes com Diabetes, entre muitos outros.

Na esfera de atuação do Centro de Saúde da Senhora da Hora, para além das várias unidades que o compõem, existem três Clínicas Privadas que oferecem serviços médicos aos utentes das freguesias atrás mencionadas, sendo os cuidados de enfermagem prestados no centro de saúde pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados de Enfermagem Senhora da Hora (UCESH).

Do total de cerca de 53.845 utentes inscritos neste Centro de Saúde, 14.756 são utentes dos sete médicos que prestam serviços nas clínicas privadas.

A UCESH é uma unidade funcional de prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos e famílias inscritos nos médicos das Clínicas Privadas I, II, e III da Senhora da Hora, ou noutras, enquadradas em protocolos institucionais. Está também integrada no ACES da ULSM e encontra-se sediada no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

Os utentes das clínicas privadas têm por rotina recorrer aos cuidados de enfermagem no Centro de Saúde em situações agudas, tais como realização de tratamentos ou administração de medicação injetável.

As situações em que os utentes recorrem às consultas de enfermagem na UCESH para vigilância da Diabetes são raras. Por outro lado, a criação da UCESH é muito recente (reporta ao ano de 2010), o que leva a que a maioria dos utentes desconheça a sua existência e modo de funcionamento.

Foi neste contexto que surgiu a necessidade de caracterizar os utentes diabéticos das clínicas privadas, residentes na freguesia da Senhora da Hora.

A oportunidade de realizar um Diagnóstico de Situação de Saúde a esta população, permitiu conhecer as suas necessidades e problemas, detetando os meios e suportes existentes na comunidade, assim como aproximar os serviços de saúde aos utentes, nomeadamente em termos de cuidados de Enfermagem, dando-os a conhecer e divulgando a sua forma e áreas de atuação.

O mesmo estudo diagnóstico tinha sido já efetuado em anos anteriores, aos utentes das clínicas privadas, residentes nas outras duas freguesias da área geográfica de abrangência do Centro de Saúde.

O diagnóstico de situação de saúde foi dirigido no sentido de dar resposta à necessidade percecionada pela equipa da UCCSH, procurando conhecer melhor esta comunidade específica e por conseguinte, identificar os problemas que requerem intervenção.



## 2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O objetivo do planeamento em saúde é a modificação consciente de determinada situação, implicando uma mudança social dirigida, nomeadamente ao nível dos hábitos de saúde, na utilização dos serviços e nas atitudes e comportamentos da população, estando patente nos diversos Programas Nacionais de Saúde que foram elaborados.

Planear em Saúde, assume-se como *“um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas”* (Tavares, 1992, p.29).

A primeira das etapas do Planeamento em Saúde é o Diagnóstico de Saúde, sendo este um processo que deve ser entendido como contínuo e dinâmico. Deste modo, não pode ser considerado inteiramente concluído, o que permite em determinada fase voltar à anterior de forma a recolher mais informações que possibilitem a sua reformulação. Neste sentido, mesmo após a etapa de avaliação, é necessário voltar a fazer o processo, tendo em conta as constantes alterações da realidade, como referem Imperatori e Giraldes (1993).

O Diagnóstico de Saúde de uma comunidade deve procurar descrever a situação de uma forma quantitativa, conhecer os fatores que a determinam, proceder à análise da sua evolução e perspectivas, e ainda manter uma avaliação permanente, de forma a perceber se o diagnóstico corresponde às necessidades do próprio processo de planeamento (Imperatori e Giraldes, 1982, citado por Tavares, 1992).

No final do diagnóstico, segundo Imperatori e Giraldes (1993) dever-se-á definir as principais necessidades de saúde da comunidade, *“identificando a magnitude da diferença entre o estado actual e o desejado, correspondente ao necessário para solucionar os problemas”* (Tavares, 1992, p.56).

O Diagnóstico foi realizado durante o módulo I de estágio, que decorreu no período entre 27 de abril e 25 de junho de 2011. Numa atuação conjunta dos três elementos em estágio na UCESH, foi planeado, executado e avaliado, assim como foi redigido o respetivo relatório no final, apresentando as principais conclusões obtidas.

## 2.1 – População-alvo

Uma das fases do planeamento do Diagnóstico é a definição da área programática, durante a qual se pretende delimitar a população a estudar.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- ✓ Ser utente inscrito nas clínicas privadas da Senhora da Hora;
- ✓ Apresentar diagnóstico de Diabetes *Mellitus*;
- ✓ Ser residente na freguesia da Senhora da Hora;
- ✓ Estar presente no domicílio aquando da abordagem para a aplicação do formulário;
- ✓ Aceitar participar voluntariamente.

A população-alvo inicial (n=196) consistiu nos utentes com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* (DM) inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, aplicando os critérios de inclusão, a população-alvo final compôs-se de 190 pessoas.

## 2.2 – Colheita de dados

Após a definição da população-alvo, foi realizada a colheita de dados durante o período compreendido entre os dias 16 e 31 de maio de 2011, através da aplicação de um formulário (Anexo II), preenchido pelas pesquisadoras nos domicílios dos utentes.

O formulário utilizado tinha sido previamente construído e aprovado pela Comissão de Ética da ULSM, tendo sido utilizado num estudo semelhante mas dirigido aos utentes de outra freguesia da área de influência da UCCSH. A sua escolha prendeu-se com a possibilidade de ser efetuada, posteriormente, comparação de resultados entre os vários diagnósticos realizados.

Todos os utentes da população inicial foram contactados via telefone, previamente, pelas pesquisadoras, no sentido de informar da realização do estudo e obter o seu consentimento.

A estratégia selecionada para a colheita de dados foi a Visitação Domiciliária (VD).

Sendo a população-alvo constituída por 190 utentes, a amostra, considerada de conveniência e obtida para a recolha de dados, foi constituída por 63 indivíduos.

### 2.3 – Definição de objetivos e metas

A definição dos objetivos a atingir com determinada ação é sempre um momento importante em todo o processo, uma vez que permite traçar o caminho que se quer seguir, para que haja um mínimo de desvios. Estes correspondem, então, ao resultado que se pretende atingir.

Tendo em conta estas considerações, foi traçado o seguinte objetivo geral para o Diagnóstico de Situação de Saúde:

- ✧ Elaborar o diagnóstico de saúde dos utentes diabéticos inscritos nas Clínicas Privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.

Considerando o objetivo geral delineado, foram definidos os objetivos específicos, tendo em conta as fases do Diagnóstico: planeamento e execução.

Assim, para a fase do planeamento do Diagnóstico, os objetivos específicos que se pretenderam atingir foram:

- ✧ Definir a área programática;
- ✧ Especificar os objetivos;
- ✧ Elaborar o cronograma de atividades;
- ✧ Identificar e caracterizar a comunidade;
- ✧ Selecionar as variáveis/indicadores;
- ✧ Determinar a população ou amostra;
- ✧ Selecionar as fontes de informação;
- ✧ Selecionar e elaborar o instrumento de recolha de dados;
- ✧ Prever a representação dos dados;
- ✧ Prever os recursos;

Para a fase de execução do Diagnóstico consideraram-se os seguintes objetivos específicos:

- ✧ Realizar a colheita dos dados;
- ✧ Organizar e tabular os dados;
- ✧ Analisar e interpretar os dados;
- ✧ Efetuar a representação dos dados;
- ✧ Determinar as necessidades reais/ problemas de saúde da população estudada.

## 2.4 – Indicadores de avaliação

Imperatori & Giraldes (1993, p.77) definem que um indicador é “*uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco*”. São os indicadores que irão permitir a avaliação das atividades efetuadas e o seu impacto na saúde da população, traduzindo de uma forma numérica o resultado dos cuidados de saúde prestados.

O Quadro 1 mostra os indicadores de avaliação definidos para a realização do Diagnóstico, com as metas previamente determinadas e os resultados alcançados após a realização do mesmo.

**Quadro 1** – Indicadores de avaliação do Diagnóstico

Indicadores de avaliação	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de contactos telefónicos prévios	$\frac{\text{N}^\circ \text{ contactos efetivos}}{\text{N}^\circ \text{ tentativas contactos}} \times 10^2$	60%	62%
Percentagem de visitas domiciliárias efetuadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ VD efetuadas}}{\text{População total}} \times 10^2$	45%	67%
Percentagem de visitas domiciliárias efetivas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ VD efetivas}}{\text{N}^\circ \text{ VD efetuadas}} \times 10^2$	40%	49%
Percentagem de respostas ao formulário	$\frac{\text{N}^\circ \text{ respostas ao formulário}}{\text{População total}} \times 10^2$	40%	33%

Conforme foi referido anteriormente, decidiu-se efetuar o contacto telefónico aos utentes da população-alvo, previamente à aplicação do inquérito. Detetaram-se 30 utentes com os quais não foi possível entrar em contacto telefónico (apresentavam números errados, não atribuídos ou não tinham número registado no processo clínico). Não atenderam ao telefonema 63 pessoas, pelo que o número de contactos efetivos foi de 103 (62%).

Foram efetuadas 128 VD, com o resultado de 67% no indicador de avaliação. Contudo, destas 128 visitas, apenas foi possível concretizar com resposta ao formulário 63, o que corresponde a uma taxa de visitação domiciliária efetiva de 49%.

Assim, relativamente aos indicadores previamente estabelecidos, conclui-se que foram atingidos e ultrapassados com sucesso na maioria deles.

A meta estabelecida para o indicador de avaliação “Percentagem de respostas ao formulário” não foi alcançada, no entanto considera-se que este facto não reflete o esforço despendido, uma vez que o número de visitas domiciliárias realizadas foi bastante elevado, mas cerca de metade dos utentes não se encontravam no domicílio aquando da visita e cinco utentes recusaram participar no estudo quando abordados.

Por outro lado, considerando um universo de 190 utentes que fazem parte da população-alvo, uma amostra de 33% poderá ser considerada significativa.

## 2.5 – Apresentação e discussão dos resultados

Após a realização da colheita de dados, estes devem ser analisados e interpretados e, por isso, revela-se imprescindível recorrer ao método estatístico. Para tal, recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) IBM SPSS *Statistics*, versão 19.

Optou-se pela utilização da estatística descritiva, com o cálculo de frequências absolutas, relativas, acumuladas, bem como medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Este método permitiu caracterizar os dados da amostra.

Posteriormente efetuou-se a estatística inferencial, tendo sido utilizado o teste *t* de *Student*, que se aplica quando se pretende determinar a diferença entre médias populacionais quando as amostras são pequenas (Oliveira, 2009).

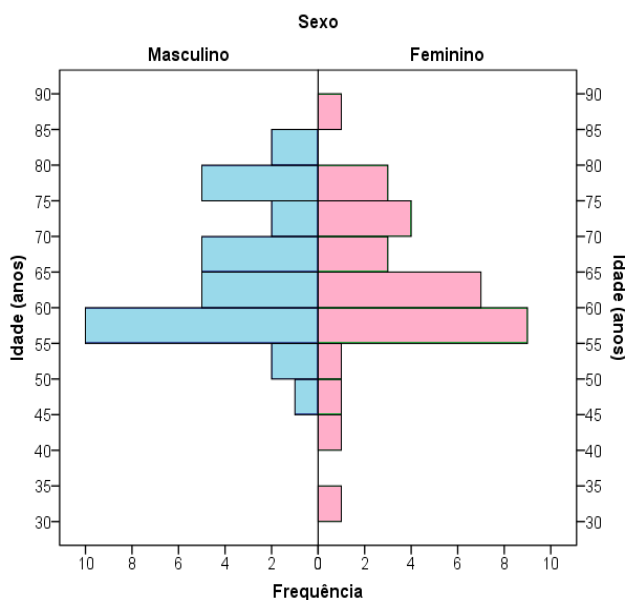
Foi também efetuada a análise de variância, sendo este um teste estatístico de significância utilizado quando se pretende comparar várias médias. A sua designação é frequentemente abreviada por ANOVA (*idem*). Em todos os testes estatísticos utilizados foi tido em conta o nível de significância de 0,05.

### ***Análise Descritiva***

Considerando a caracterização sociodemográfica, a amostra foi constituída por 63 participantes que aceitaram responder ao formulário.

Analisando a pirâmide etária a seguir apresentada, observa-se que os participantes se distribuíram por 31 do sexo feminino e 32 do sexo masculino, com uma idade que variou entre os 32 anos e os 85 anos, para uma média de idade a rondar os 63 anos (desvio padrão de 9,91).

**Gráfico 1 – Pirâmide etária da amostra**



A maioria dos utentes inquiridos apresentava escolaridade básica (45 utentes), permitindo concluir que se estava perante um público com uma formação escolar pouco elevada. Quanto à atividade profissional observou-se que a grande maioria dos utentes inquiridos eram reformados (33), seguidos daqueles que referiram ser trabalhadores no ativo (18), estando na altura da realização do inquérito 7 pessoas desempregadas e 5 pessoas referiram ser domésticas.

Considerando o estado civil dos inquiridos, verificou-se que uma quantidade significativa (54) referiu ser casada.

Analisando o tipo de famílias encontrado na amostra de utentes inquiridos, apurou-se que a maioria considerou ter uma família nuclear (47); 11 utentes referiram ter uma família alargada, apenas 3 pessoas referiram ser do tipo de família “unipessoal”, sendo os tipos “reconstruída” e “monoparental” os menos representados na amostra.

Apreciando a caracterização clínica da amostra em estudo, observou-se que a maioria dos utentes se enquadrava na categoria de Hipertensão Arterial, uma vez que 37 sujeitos apresentavam valores superiores a 130/80mmHg.

Quanto aos valores da glicemia capilar em jejum, observou-se que a maioria dos utentes (22) apresentava valores entre os 126mg/dl e os 180mg/dl. Com valores muito elevados, acima dos 180mg/dl de glicemia em jejum, detetaram-se 10 utentes. Estes dados sugerem que estamos perante uma população que não apresenta a sua doença devidamente controlada.

Relativamente à classificação do tipo de Diabetes, constatou-se que a grande maioria dos inquiridos (57) tinha Diabetes tipo 2, tendo 27 inquiridos referido que tinham sido diagnosticados há mais de 10 anos e 19 disseram terem sido diagnosticados entre 5 e 10 anos.

A análise dos resultados revelou uma amostra com a maioria dos utentes em pré-obesidade, de acordo com os critérios definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e mencionados pela DGS (2005) no Programa Nacional de Combate à Obesidade. A média do Índice de Massa Corporal (IMC) foi de 28,48Kg/m<sup>2</sup>, com 28 utentes inquiridos que se encontravam com o IMC na classe da Pré-obesidade.

Quanto aos antecedentes pessoais mencionados pela amostra, interessou obter dados acerca dos fatores de risco e patologias associadas. Para além da Diabetes, 58 utentes referiram ter outras patologias, tendo a maioria dos utentes (23) referido ser do foro cardiovascular e 11 utentes referiram sofrer de patologia do sistema músculo-esquelético.

Os hábitos tabágicos encontrados nos utentes inquiridos não foram significativos, com 37 pessoas a referirem que não fumam e 21 que disseram ser ex-fumadores.

Quando inquiridos se tinham a imunização com a vacina antitetânica atualizada, 12 utentes referiram que não e 10 utentes referiram que desconheciam o seu estado vacinal.

Foram também analisados os dados relativos à gestão do regime terapêutico nas suas três vertentes: regime medicamentoso, alimentação e exercício físico.

Quando questionados acerca da gestão do regime terapêutico, a maior parte dos utentes (34) referiu serem os próprios a fazê-lo mas com ajuda e destes, 30 referiram ser um familiar o cuidador. A alimentação foi a área mais mencionada (19 respostas) para a qual os inquiridos precisavam de ajuda.

Analisando os conhecimentos que os utentes tinham face aos valores da glicemia capilar, observou-se que a maioria referia que sim: 32 referiram ter conhecimento do valor da hipoglicemia e 38 conheciam o valor da hiperglicemia.

Tendo em consideração o regime medicamentoso, 54 utentes tinham prescrição de antidiabéticos orais e as maiores dificuldades relacionadas com a toma de medicação que mencionaram foi o esquecimento e as limitações físicas. Verificou-se que apenas 13 utentes tinham prescrição de insulina e destes, apenas 3 não alternavam o local de administração. As dificuldades mencionadas com a administração da insulina foram a dificuldade na técnica de administração e a dor.

A questão da alimentação é importante na vida de um diabético e, talvez, aquela em que se apresentam as maiores dúvidas e incertezas. Na realidade, uma grande parte dos inquiridos (54) reconhece a importância da prática de uma alimentação saudável. Mais de metade da amostra (32) refere que faz 4-5 refeições por dia. Contudo, é preocupante o número de pessoas que não respeita os intervalos de tempo entre as refeições. O intervalo diurno entre refeições é superior a 3 horas em 42 utentes inquiridos e o intervalo noturno em jejum é superior a 8 horas em 55 utentes.

A maioria dos utentes refere ingerir sopa de legumes (59), sendo a utilização de legumes e batata na sua composição bastante comum (29). Relativamente à ingestão de fruta, 38 inquiridos referem que comem 2-3 peças diariamente e a maioria fá-lo à sobremesa. Quando inquiridos acerca do tipo de cozinhados mais frequentes, 35 utentes referiram fazer uma dieta de cozidos e grelhados, mas 22 utentes mencionaram que variavam entre os fritos, os cozidos e grelhados e os estufados.

Quando questionados quanto à ingestão de refrigerantes, a população dividiu-se quase equitativamente entre aqueles que nunca ingerem refrigerantes (30) e aqueles que ingerem pelo menos em ocasiões especiais (22). A questão da ingestão de bebidas alcoólicas parece ser um pouco preocupante, já que 32 utentes referiram fazê-lo diariamente, mas, destes, 28 disseram que ingeriam menos de 250ml por dia.

Ultrapassadas as questões relativamente à ingestão de líquidos, procurou-se descobrir quais os comportamentos preventivos que adotam em relação aos açúcares.

A maioria da amostra (32) diz utilizar adoçante, pelo que uma percentagem bastante inferior utiliza açúcar (18) ou nenhum tipo de substância doce (13). Relativamente à questão «*Come bolos ou doces?*» a maioria das respostas recaiu sobre a hipótese “Apenas em ocasiões especiais” (40 utentes). No final, pretendeu-se saber quais as dificuldades sentidas pelos inquiridos em seguir a dieta recomendada e 44 disseram não ter dificuldades, em contraposição 19 pessoas referiram ter dificuldades em seguir a dieta

recomendada, e apresentaram como principais motivos: a falta de motivação, a falta de tempo e as dificuldades económicas.

O exercício físico, como terceiro elemento da tríade que compõe o regime terapêutico do diabético, é igualmente importante e reconhecido pela maioria dos utentes inquiridos (50). Contudo, somente 33 pessoas responderam que praticam exercício físico e destes, 21 diz que o faz mais de cinco vezes por semana, optando pela caminhada ou corrida (26 respostas). Os utentes que não praticam exercício físico referem como motivos a falta de motivação, as limitações físicas, a falta de tempo e a falta de companhia.

Em suma, a perceção/ informação que a maior parte da amostra demonstra relativamente à dieta, à medicação e ao exercício físico revela-se de uma forma geral suficiente. Mas será essa informação suficiente para afirmarmos que demonstram comportamentos preventivos?

Uma das formas de averiguar se de facto os utentes têm comportamentos preventivos para com a sua saúde é através da avaliação de parâmetros relativos à autovigilância. Desta forma, incidiu-se sobre as questões que abrangem a vigilância da glicemia capilar e vigilância dos pés.

Quanto à vigilância da glicemia capilar, a grande maioria dos utentes inquiridos (58) referiu que a faz regularmente e os cinco que disseram que não, apresentaram como principais motivos: não ter glucómetro, por não se sentir motivado e por ter medo de se picar. Daqueles que monitorizam a sua glicemia capilar, 50 disseram ser eles próprios e os restantes dividiram-se entre o prestador de cuidados e os profissionais de saúde e a grande maioria (35) disse que o faz em jejum.

Considerando o local de picada, dos utentes que monitorizam a glicemia capilar, 41 disseram fazê-lo na extremidade central dos dedos e muitos (18) referiram não trocar a agulha da picada nenhuma vez durante uma semana, 17 utentes trocam a agulha após cada picada, 12 trocam uma vez por semana e 11 mudam a agulha da punção duas a seis vezes por semana.

Voltou-se novamente à questão dos conhecimentos, neste caso, dos valores da glicemia em jejum e pós prandial. Relativamente ao primeiro valor, 40 utentes referiram ter conhecimento, mas relativamente ao valor da glicemia pós-prandial 34 pessoas mencionaram desconhecer.

De seguida, passa-se a debruçar sobre os resultados relativos às respostas sobre a autovigilância do pé.

No que concerne à autovigilância do pé, 48 utentes referiram que a fazem, enquanto 15 dos utentes inquiridos ainda não adquiriu esse hábito, mencionando ser por não considerarem importante, não saberem avaliar, por falta de ajuda e por não se sentirem motivados.

A análise dos resultados indica que globalmente os diabéticos fazem autovigilância do pé, mas aquando do exame de vigilância no momento da aplicação do inquérito, verificou-se que os inquiridos adotam muitos comportamentos inadequados: 10 não inspecionam os pés diariamente; 29 não aplicam creme hidratante nos pés; 24 não verificam a temperatura da água antes de colocar os pés; 15 não cortam as unhas a direito; 44 não usam lima de cartão para aparar as unhas; 23 não usam calçado adequado; 29 referiram usar sapatos sem meias; 30 usam meias com costura; 11 têm o hábito de andar descalços; 52 não utilizam palmilhas nem suportes plantares; 20 usam fontes de calor para aquecer os pés.

Os comportamentos inadequados observados nesta amostra são vistos como fatores que contribuem para o aumento do risco de ulceração dos pés. Quando questionados acerca da presença de úlcera nos pés ou presença anterior, 10 utentes referiram que sim e 1 já tinha sofrido amputação de um membro inferior, sendo estes dados inquietantes.

Foi também efetuada uma avaliação dos pés dos utentes inquiridos, durante a aplicação do inquérito. Observou-se que 20 pessoas apresentam deformação ou proeminências ósseas, 35 tinham queratoses, 26 evidenciavam sinais de micose, 9 apresentam perda da mobilidade articular.

A avaliação das alterações sensitivas e circulatórias dos pés dos diabéticos inquiridos revelou que 18 utentes tinham alterações ao nível dos pulsos periféricos e 9 não apresentavam sensibilidade tátil e à pressão protetoras, apresentando no geral um risco aumentado de ulceração de 23,8%.

A identificação do doente em situação de risco de formação de úlcera é um dos aspetos mais importante para a prevenção da amputação.

A utilização do sistema de classificação do risco de ulceração dos pés do *International Working Group on Diabetic Foot* (1999) referido por Macedo et al (2010) permitiu concluir que 48 utentes apresentavam pés com baixo risco de ulceração, contudo

15 utentes inquiridos já apresentam pés com características que indicavam existir elevado risco de ulceração (Quadro 2).

**Quadro 2** – Distribuição das frequências absolutas e percentuais do risco de ulceração dos pés

Risco de ulceração dos pés	N	%
Pé com baixo risco de ulceração	48	76,2
Pé com risco aumentado de ulceração	15	23,8

Igualmente preocupante foi perceber que a grande maioria dos utentes não é avaliada regularmente por um profissional de saúde, no que diz respeito ao rastreio do pé diabético: 49 utentes mencionaram que os seus pés não são vigiados anualmente.

Esta situação contraria as indicações dadas pela DGS (2011<sup>b</sup>, p.1) ao referir que “*todas as pessoas com diabetes são avaliadas anualmente com o objectivo de serem identificados factores de risco condicionantes de lesões nos pés*”. Aliás, mais inquietante ainda foi 51 inquiridos terem referido que não conhecem o seu Enfermeiro de Família.

A *International Diabetes Federation* (IDF, 2005) é clara ao referir que o envolvimento próximo entre a pessoa com diabetes e sua família e a equipa de saúde são essenciais.

Tendo em consideração a área dos recursos da comunidade, procurou-se inquirir os utentes sobre a vigilância da doença, tendo 48 pessoas referido que vai usualmente ao médico de família, 5 são seguidos no Hospital em consultas de especialidade, 4 referem outros locais, como médicos privados e apenas um utente referiu recorrer ao Enfermeiro de Família.

Ainda na esfera dos recursos da comunidade, pretendeu-se inferir até que ponto os utentes necessitariam de apoio e informação sobre comportamentos preventivos. Dos utentes inquiridos, 61 indicaram não ter apoio na comunidade. Quanto questionados sobre se gostariam de integrar um grupo de apoio para diabéticos na comunidade onde estão inseridos, 48 utentes referiram que sim.

A grande maioria dos utentes (60) revelou que nunca participou em sessões de educação para a saúde em grupo. Dos que nunca assistiram a sessões de educação para a saúde, 49 disseram que gostariam de participar.

No que concerne às fontes de informação utilizadas para esclarecerem-se acerca da Diabetes, 33 utentes referiram recorrer a um profissional de saúde, 2 recorrem aos familiares, 1 à televisão e 1 a outros doentes. Verificou-se que 20 utentes manifestaram recorrer a mais do que uma fonte de informação.

### *Análise inferencial*

Depois de conhecidos os resultados da análise descritiva às variáveis estudadas para o Diagnóstico de Situação, apresentam-se alguns dos resultados dos cruzamentos efetuados através da análise estatística inferencial, considerando existir diferença estatisticamente significativa para valores de  $p < 0,05$ .

Com a análise da variância, detetou-se que a variável «idade» tem um efeito significativo na variável «quantas refeições faz por dia?» ( $p=0,026$ ). Na amostra estudada, os utentes que fazem um maior número de refeições por dia parecem ser aqueles que se encontram numa faixa etária menor. Relativamente ao consumo de carne semanal, a variável «idade» parece demonstrar também alguma influência na amostra estudada: quanto maior a faixa etária menor é o consumo de carne semanal ( $p=0,042$ ).

Observou-se também uma tendência entre a variável «peso corporal» e o «pulso pedioso ou tibial posterior direito» ( $p=0,058$ ). Da mesma forma se verificou esta tendência entre a variável «IMC» e o «pulso pedioso ou tibial posterior direito» ( $p=0,052$ ). Assim, concluiu-se que os utentes que apresentavam pulso pedioso ou tibial posterior ausente, pareciam ser aqueles com maior peso corporal e consequentemente maior IMC.

Aplicando o teste *t Student*, observou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,01$ ) entre o «IMC» das mulheres e o dos homens da amostra analisada, sendo que os indivíduos do sexo feminino aparentam ter um IMC superior. Também o IMC parece ter uma relação com o desenvolvimento de úlceras nos pés ( $p=0,026$ ). Considerando os fatores de risco acrescido para o desenvolvimento de diabetes (DGS, 2008), o excesso de peso ( $IMC > 25\text{Kg/m}^2$ ) e a obesidade ( $IMC > 30\text{Kg/m}^2$ ) encontram-se no topo da lista. Assim, poder-se-á assumir que a relação entre o maior IMC e o desenvolvimento de úlceras nos pés é aceitável.

Considerando a variável «idade», deparou-se com uma relação estatisticamente significativa entre esta e o «conhecimento dos valores de referência da hiperglicemia» ( $\rho=0,049$ ), assim como com os valores de referência da hipoglicemia ( $\rho=0,029$ ). A população com maior idade parecia apresentar menos conhecimentos. Da mesma forma se encontrou relação estatisticamente significativa entre a idade e vários aspetos do autocuidado dos pés, tais como «usa lima de cartão para limar as unhas dos pés» ( $\rho=0,036$ ) e «corta as unhas dos pés a direito» ( $\rho=0,053$ ), mostrando que as pessoas com maior idade são aquelas que menos parecem cumprir estes cuidados. Por outro lado, considerando ainda a idade e a variável «anda descalço», encontrou-se uma relação ( $\rho=0,007$ ), mas neste caso, os utentes mais idosos eram aqueles que menos referiam andar descalços.

Considerando o «peso corporal», encontrou-se diferença estatisticamente significativa relativamente à realização de «autovigilância dos pés» ( $\rho=0,033$ ), em que as pessoas com maior peso eram aquelas que menos vezes referiram efetuar autovigilância. Da mesma forma se encontrou uma relação entre o maior peso corporal e a não aplicação de creme hidratante dos pés ( $\rho=0,04$ ). Estas relações podem eventualmente estar ligadas a uma maior dificuldade na mobilidade das pessoas que têm maior peso corporal. Contudo, esta situação não poderá ser, por si só, considerada conclusiva.

Após análise dos dados atrás apresentados, procedeu-se ao seu agrupamento em grupos-chave, para que a definição de prioridades fosse possível, dado que o elevado número de problemas identificados tornava a sua priorização extremamente complexa e no final, provavelmente revelar-se-ia pouco útil.

Foram identificados oito problemas de saúde relevantes.

O Quadro 3, que se encontra na página seguinte, fornece um resumo dos principais resultados obtidos com o Diagnóstico de Situação e os problemas identificados, os quais foram sujeitos a posterior priorização.

**Quadro 3** – Principais resultados obtidos e problemas identificados com o Diagnóstico de Situação

Principais resultados	Problemas
Peso corporal: média de 75,37Kg; IMC: média de 28,48 Kg/m <sup>2</sup> ; Perímetro abdominal: homens >94cm:78,2; mulheres >80cm: 96,8%; Tensão arterial ≥130/80mmHg: 58,7%; Patologias associadas: 92,1%; Complicações decorrentes da diabetes: 39,7%.	<b>Alterações fisiopatológicas associadas à DM</b>
Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl: 50,8%; Glicemia pós-prandial ≥ 140 mg/dl: 20,6%; Desconhece o valor de referência da hipoglicemia: 49,2%; Desconhece o valor de referência da hiperglicemia: 39,7%; Desconhece o valor de referência da glicemia em jejum: 36,5%; Desconhece o valor de referência da glicemia pós-prandial: 54%; Não sabe o que fazer ou não faz nada perante um episódio de hiperglicemia 46%; Executa a picada na extremidade central dos dedos: 70,7%; Não alterna o local de picada: 19%.	<b>Vigilância da glicemia inadequada</b>
Não faz 6 refeições diárias: 73%; Intervalo diurno entre refeições superior a 3 horas: 66,7%; Intervalo noturno em jejum superior a 8 horas: 87,3%; Não come sopa ou só comem às vezes: 57,1%; Coloca na sopa legumes e batata ou legumes, batata, massa/arroz: 71,2%; Nunca acompanha a ingestão de fruta com hidratos de carbono, quando o faz fora das principais refeições: 60%; Consome peixe 1 a 2 vezes por semana: 31,7%; Ingere carnes vermelhas com maior frequência: 38,1%; Ingere bolos todos os dias, algumas vezes por semana ou algumas vezes por mês: 30,1%; Tem dificuldade em seguir a dieta recomendada: 30,2 %.	<b>Adesão ao regime dietético comprometida</b>
Não reconhece vantagens na prática de exercício físico para o tratamento da diabetes: 20,6%; Não pratica exercício físico: 47,6% da amostra, sendo o motivo mais referido a falta de motivação (43,3%).	<b>Adesão ao regime de exercício comprometida</b>
Não alterna o local de administração de insulina: 23,1% (num universo de 13 indivíduos que têm esta prescrição).	<b>Adesão ao regime medicamentoso comprometida</b>
Não faz autovigilância do pé: 23,8%; Não verifica a temperatura da água antes de introduzir os pés: 38,1%; Anda descalço: 17,5%; Usa sapatos sem meias: 46%; Não aplica creme hidratante: 46%; Usa meias com costura: 47,6%; Não corta as unhas a direito: 23,8%; Usa fontes de calor para aquecer os pés: 31,7%; Refere que os seus pés não são vigiados anualmente por um profissional de saúde: 79,4%; Não usa calçado adequado: 36,5%; Risco aumentado de ulceração: 23,8%.	<b>Vigilância dos pés inadequada</b>
Não está vacinado ou desconhece o seu estado vacinal relativamente à vacina antitetânica: 34,9%;	<b>Comportamento de procura de saúde comprometido</b>
Não conhece o seu enfermeiro de família: 81%; Nunca participaram em AES: 95,2%; Referem o médico como fonte de informação sobre a diabetes: 52,4%.	<b>Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz</b>

## 2.6 – Determinação das necessidades de saúde prioritárias

A determinação das prioridades corresponde à segunda etapa do planeamento em saúde, sendo condicionada pelo diagnóstico de situação efetuado previamente e influenciará todas as etapas seguintes. Deste modo, procura-se hierarquizar os problemas ou necessidades de saúde detetados na etapa anterior (Imperatori e Giraldes, 1993).

A hierarquização torna-se um momento fundamental do planeamento em saúde. É necessário ter a noção de que os recursos em saúde são mesmo escassos e insuficientes, o que torna impossível dar resposta a todas as necessidades, pelo menos ao mesmo tempo. Assim, esta é a etapa durante a qual se procura definir os problemas mais importantes, para os quais existam recursos e tecnologia para lhes dar resposta em primeiro lugar.

Anteriormente, foram definidos os principais problemas/necessidades da população em estudo, obtidos através da realização do Diagnóstico de Situação de Saúde. Procurando seguir um caminho o mais objetivo possível para a definição das prioridades, foi escolhido o método de Hanlon e, nos casos de empate entre os problemas, foi utilizado o método da Grelha de Análise, sugeridos por Tavares (1992).

### ***Método de Hanlon***

O método de Hanlon utiliza quatro critérios para a definição de prioridades:

*A – Amplitude ou magnitude do problema*

*B – Gravidade do problema*

*C – Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema)*

*D – Exequibilidade do projecto ou da intervenção (Tavares, 1992, p.89).*

Utilizando a fórmula: Valor de prioridade =  $(A+B) C \times D$ , aplicada a cada um dos problemas identificados, irá permitir o seu ordenamento.

A amplitude ou magnitude do problema (A) tem em consideração o número de pessoas afetadas pelo problema, sendo atribuído um maior peso se um maior número de pessoas for influenciado por esse problema.

O Quadro 4 apresenta o critério da Amplitude do problema adaptado à dimensão da população em estudo.

**Quadro 4** – Amplitude do problema, adaptado à dimensão da população em estudo

População em estudo (%)	Pontuação
50 - 100%	10
5 - 49,9%	8
0,5 - 4,9%	6
0,05 - 0,49%	4

Relativamente à gravidade do problema (B), esta pode ser analisada de acordo com mortalidade, morbilidade, custos, ou ainda outros aspetos. A escala varia entre 0 e 10, sendo este último a pontuação correspondente à maior gravidade. A eficácia da solução (C) compreende uma escala de 0,5 a 1,5, onde o valor 0,5 corresponde a um problema de solução mais difícil. A exequibilidade do projeto (D) integra cinco componentes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade. Este critério assume apenas dois valores numéricos possíveis: Sim – 1 ponto e Não – 0 pontos.

No Quadro 5, apresenta-se a aplicação de cada um destes critérios, a sua ponderação face a cada problema detetado na população estudada.

**Quadro 5** – Aplicação dos critérios do método de Hanlon a cada problema

Problema	A	B	C	D	Valor de prioridade (A+B)CxD	Ordem de prioridade
<b>P1</b> - Alterações fisiopatológicas associadas à DM	10	9	0,5	1	9,5	8º
<b>P2</b> - Vigilância da glicemia inadequada	8	7	1,5	1	22,5	1º
<b>P3</b> - Adesão ao regime dietético comprometida	8	8	0,9	1	14,4	4º
<b>P4</b> - Adesão ao regime de exercício comprometida	8	8	0,6	1	9,6	7º
<b>P5</b> - Adesão ao regime medicamentoso comprometida	8	8	1	1	16	2º
<b>P6</b> - Vigilância dos pés inadequada	8	10	0,8	1	14,4	4º
<b>P7</b> - Comportamento de procura de saúde comprometido	8	7	1	1	15	3º
<b>P8</b> - Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz	10	6	0,7	1	11,2	6º

### ***Método de Grelha de Análise***

Face aos resultados obtidos, detetou-se um empate entre dois problemas, pelo que se recorreu ao método de Grelha de Análise para reverter esta situação. Este método pressupõe a análise de cada problema relativamente a quatro critérios:

1. Importância do problema
2. Relação problema/fator de risco
3. Capacidade técnica de resolver o problema
4. Exequibilidade do projeto ou intervenção

No Quadro 6, apresenta-se o resultado da aplicação do método de Grelha de Análise aos dois problemas que, após a aplicação do método de Hanlon, ficaram em igual posição. Conclui-se que o problema P6 (Vigilância dos pés inadequada) é prioritário relativamente ao problema P3 (Adesão ao regime dietético comprometida).

**Quadro 6** – Aplicação do método de Grelha de Análise para desempate entre dois problemas

<b>Critério/Problema</b>	<b>P3</b>	<b>P6</b>
Importância do problema	+	+
Relação problema/ fator de risco	+	+
Capacidade técnica de resolver o problema	-	+
Exequibilidade do projeto	-	-
Posição na grelha	4	2

### ***Problemas ordenados segundo a sua prioridade***

Após a aplicação dos métodos de definição de prioridades seleccionados, obteve-se a ordem dos problemas apresentada de seguida.

1. *Vigilância da glicemia capilar inadequada;*
2. *Adesão ao regime medicamentoso comprometida;*
3. *Comportamento de procura de saúde comprometido;*
4. *Vigilância dos pés inadequada;*
5. *Adesão ao regime dietético comprometida;*
6. *Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz;*
7. *Adesão ao regime de exercício comprometida;*
8. *Alterações fisiopatológicas associadas à DM.*

A hierarquização dos problemas detetados na população em estudo permite a estruturação de projetos de intervenção direcionados para dar resposta aos problemas com maior peso e importância no sentido da sua resolução ou diminuição.

Os recursos em saúde são escassos e na maioria das vezes onerosos mas a sua correta utilização para as reais necessidades das populações permite tirar o máximo proveito, procurando alcançar uma melhoria do nível de saúde da população, numa ação concertada e não dispersa.

Qualquer método de definição de prioridades tem a sua subjetividade inerente, mas com o apoio dos peritos na área foi possível ultrapassar esta condicionante, procurando aplicar os métodos selecionados da forma mais imparcial possível.

Foram apresentados os resultados da aplicação dos métodos de priorização à Prof<sup>a</sup> Regente e Enf.<sup>a</sup> Tutora do estágio, que sugeriram agrupar os problemas detetados nos grupos apresentados de seguida, ficando distribuídos pelos três elementos que realizaram o estágio e tinham a mesma população-alvo.

- ↪ **Vigilância global de saúde inadequada;**
- ↪ **Vigilância dos pés inadequada;**
- ↪ **Gestão do regime terapêutico ineficaz.**

### 3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A primeira etapa do planeamento – Diagnóstico de Situação – foi concretizada, tendo sido detetados os problemas/necessidades dos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora. De seguida, foi efetuada a Definição de Prioridades, tendo sido hierarquizados os problemas/necessidades assinalados. Com a seleção dos problemas prioritários, impôs-se a realização de um projeto de intervenção que viesse dar resposta no sentido da redução e/ou resolução dos mesmos.

A distribuição dos três grandes grupos de atuação pelos três elementos em estágio, permitiu que fosse realizado um projeto de intervenção para dar resposta ao problema específico:

#### ↪ *Vigilância dos pés inadequada.*

É com base na premissa de que o planeamento em saúde visa mudanças, não só ao nível do comportamento e estilos de vida de todos os indivíduos e/ou famílias de uma comunidade como do próprio funcionamento dos serviços de saúde, que foi desenvolvido o presente projeto. Pretende-se induzir mudança nos comportamentos de prevenção e procura de saúde da população ao qual é destinado, na área definida como prioritária: vigilância e cuidados aos pés do utente diabético.

Para o bom êxito de qualquer planeamento é necessário atender ao seu horizonte temporal. O presente projeto foi planeado, implementado e avaliado num horizonte temporal limitado, estendendo-se ao longo do Módulo II e III de estágio: entre novembro de 2011 e fevereiro de 2012.

#### 3.1 – Projeto: “*Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos*”

Este projeto de intervenção comunitária (Anexo III) surge para dar continuidade ao Diagnóstico da Situação de Saúde efetuado durante os meses de maio e junho de 2011. A população consistiu em 190 utentes, tendo sido recolhidos dados de uma amostra de 63 participantes, através da aplicação de um formulário no domicílio dos utentes.

Um dos problemas que foram considerados prioritários prende-se com a vigilância e cuidados aos pés dos utentes diabéticos, associados ao cálculo do risco de ulceração que estes utentes apresentaram, tendo sido consideradas inadequadas.

Ao surgir ulceração no pé de um diabético, o seu desfecho pode facilmente ser trágico se as medidas necessárias não forem tomadas atempadamente. Mas o desempenho dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, não se deve restringir à atuação quando surge o problema mas muito mais à sua prevenção.

Assim, pareceu pertinente que a elaboração de um projeto de intervenção nesta área específica se centrasse na necessidade de atuar no campo da educação das pessoas e seus familiares/cuidadores, abrindo uma janela à comunidade em geral, para que possam também estes tomar consciência da gravidade e abrangência do problema.

Nesta fase, podem apontar-se as estratégias essenciais para a abordagem do tema preconizadas pela DGS (2011<sup>a</sup>):

- A educação da pessoa com diabetes e familiares;
- A vigilância dos utentes diabéticos nos cuidados de saúde primários, nomeadamente em consultas de Enfermagem para avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias.

A ambição deste projeto foi o contributo para a redução da incidência de úlceras nos pés dos utentes diabéticos, tendo consciência que ao serem evitadas estas situações, estamos também a influenciar a diminuição da incidência de um mal muito maior: as amputações dos membros inferiores.

A DGS (2008) traçou como um dos objetivos gerais do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD): *“Atrasar o início das complicações major (1. Doença cardiovascular; 2. Nefropatia; 3. Neuropatia; 4. Amputação; 5. Retinopatia) da diabetes e reduzir a sua incidência”*.

Com o projeto de intervenção traçado, pretendeu-se debruçar sobre a área da prevenção, dado que se considera que a aposta nesta área traz claros benefícios, quer à pessoa diabética e sua família, quer à sociedade em geral.

A avaliação regular dos pés dos diabéticos cabe aos profissionais que contactam diretamente com estes (nomeadamente aos Enfermeiros de Família).

Considerou-se que também esta área necessitava de intervenção, pelo que se procurou dar um contributo para a avaliação do estado dos pés e do risco de ulceração aos utentes da população-alvo [uma vez que 49 (79,4%) dos inquiridos durante o Diagnóstico mencionaram que os seus pés não são vigiados anualmente por um profissional de saúde], mas também tendo como objetivo a divulgação das consultas de enfermagem existentes na UCESH, incentivando os utentes à utilização adequada dos recursos de saúde ao seu dispor.

Foi definido que a população-alvo consistiria nos utentes diabéticos que frequentam as consultas nas clínicas privadas e que residem na freguesia Senhora da Hora (n=190), agregando a estes os familiares/cuidadores dos utentes que necessitassem de ajuda para a gestão da sua doença.

### 3.2 – Estratégias

Assim sendo, e conforme já referido anteriormente, pretendeu-se atuar na educação do diabético e dos seus familiares/cuidadores, utilizando como estratégia principal a ação de educação para a saúde (AES) e a distribuição de panfletos e outro material informativo. Para a realização destas AES foi efetuado o seu planeamento (Anexo IV).

Onega e Devers (2011), citando a *American Nurses Association* (1985, 2001), referem que a educação para a saúde é essencial em enfermagem, dado que os clientes de saúde comunitária necessitam de receber informação compreensível relacionada com a saúde, para que possa ocorrer promoção, manutenção e restabelecimento da mesma.

As mesmas autoras referem ainda que a informação transmitida pelos enfermeiros permite capacitar os utentes para que possam atingir níveis de saúde ótimos, prevenir problemas de saúde, identificá-los e tratá-los precocemente, minimizando a incapacidade.

Como forma de sensibilizar a equipa de saúde para a problemática, informando dos resultados do Diagnóstico de Situação efetuado e dos projetos que iriam ser desenvolvidos durante os módulos II e II de estágio, procedeu-se à apresentação de uma sessão de formação em serviço na UCCSH. Também para esta estratégia se desenvolveu o respetivo planeamento (Anexo V).

De acordo com o que foi supramencionado, a avaliação regular dos pés dos diabéticos por um profissional de saúde é um aspeto essencial para a prevenção do pé diabético. A DGS (2011<sup>b</sup>) define claramente que todas as pessoas com diabetes devem ser avaliadas anualmente, com a identificação dos fatores de risco condicionantes de lesões nos pés e respetiva classificação do risco de ulceração, bem como o correto registo no processo clínico.

Considerou-se ser de extrema importância a utilização dos dados obtidos com o preenchimento dos formulários aplicados no módulo I de estágio para efetuar a atualização do processo de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) da UCESH, nos processos clínicos dos utentes inquiridos.

Da mesma forma, pretendeu-se contribuir para o exame e avaliação dos restantes utentes diabéticos que constituem a população em estudo e respetivo registo no SAPE.

Assim, ponderou-se utilizar como estratégia principal a realização de VD aos utentes da população-alvo aos quais não foi aplicado o formulário, para exame e avaliação dos pés, aproveitando o momento para efetuar educação para a saúde (Anexo VI).

O momento da realização das VD foi também escolhido para a avaliação das famílias dos utentes diabéticos, revelando-se uma estratégia basilar na abordagem do utente e família, não restringindo a utilização dos cuidados de saúde numa mera procura por parte do utente, quando este sente que necessita deles.

Para além disso, foi selecionado um utente e família para ser efetuada a sua avaliação, utilizando como referência o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) desenvolvido pela Prof<sup>a</sup> Doutora Henriqueta Figueiredo (2009). Esta aplicação do MDAIF iria permitir aumentar o conhecimento acerca deste modelo e a sua aplicabilidade na rotina diária do Enfermeiro de Família.

Por fim, é importante mencionar que o projeto de intervenção incluiu uma estratégia de abordagem e abertura à comunidade em geral, com a realização de uma Feira da Saúde subordinada ao tema: “*Comemoração do Dia Mundial da Diabetes*” (Anexo VII). Foi realizada no dia 14 de novembro de 2011 por este ser o Dia Mundial da Diabetes.

Decidiu-se organizar uma feira da saúde, por se considerar que não só os utentes diabéticos da freguesia da Senhora da Hora necessitavam de atenção, como toda a população devia ser alertada para os fatores de risco da diabetes e suas complicações.

Pretendeu-se contribuir para a literacia em saúde desta comunidade e incentivar a adoção de comportamentos saudáveis.

Esta estratégia foi planeada pelo grupo de estágio, abordando as várias áreas prioritárias definidas no Diagnóstico de Situação, todas elas em torno da problemática da diabetes.

### 3.3 – Definição de objetivos e metas

Mais uma vez foi solicitado o delinear dos objetivos a atingir com as estratégias selecionadas. De seguida apresentam-se os objetivos gerais, específicos e os objetivos operacionais/metap delineados de acordo com cada uma das estratégias utilizadas.

#### *Ações de Educação para a Saúde*

Objetivo geral:

- ☞ Promover a higiene, vigilância e cuidados dos pés dos utentes com DM.

Objetivos específicos:

- ❖ Ensinar os utentes com DM para o autocuidado: vigilância dos pés;
- ❖ Ensinar os utentes com DM para o autocuidado: higiene dos pés;
- ❖ Ensinar os utentes com DM sobre cuidados com meias e sapatos;
- ❖ Reforçar os cuidados de proteção dos pés;
- ❖ Incentivar à procura dos serviços de saúde para vigilância regular dos pés.

Objetivos operacionais/metap:

- Que 30% dos utentes convocados compareçam às AES realizadas durante o mês de novembro de 2011;
- Que 5% dos familiares/cuidadores dos utentes convocados compareçam às AES realizadas durante o mês de novembro de 2011;

- Que 50% dos utentes presentes na AES aumentem os conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés, durante as AES realizadas durante o mês de novembro de 2011.

### ***Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação à equipa de saúde***

Objetivo geral:

- ↻ Apresentar o Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, aos profissionais de saúde da UCESH e UCCSH.

Objetivos específicos:

- ❖ Definir o dia, local e hora da apresentação;
- ❖ Selecionar os conteúdos a serem apresentados na sessão;
- ❖ Construir os diapositivos para a apresentação;
- ❖ Definir as formadoras que vão efetuar a apresentação;
- ❖ Convidar os profissionais para assistirem à apresentação.

Objetivo operacional/meta:

- Que 30% da equipa de saúde que integra a UCCSH e UCESH esteja presente na apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação de saúde, no dia 8 de novembro de 2011.

### ***Feira da Saúde: “Comemoração do Dia Mundial da Diabetes”***

Objetivos gerais:

- ↻ Promover estilos de vida saudáveis;
- ↻ Promover a vigilância de saúde.

Objetivos específicos:

- ❖ Sensibilizar para a problemática da diabetes;
- ❖ Sensibilizar para as complicações decorrentes da diabetes;
- ❖ Efetuar rastreios para identificação precoce de problemas de saúde;
- ❖ Informar sobre alimentação saudável;
- ❖ Incentivar a prática de exercício físico.

Objetivos operacionais/metast:

- Que 5% dos participantes na Feira da Saúde de 14 de novembro de 2011 sejam diabéticos;
- Que 80% dos participantes na Feira da Saúde de 14 de novembro de 2011 efetuem pelo menos um rastreio;
- Que 5% dos participantes na Feira da Saúde de 14 de novembro de 2011 participem na aula de hidroginástica;
- Que 5% dos participantes na Feira da Saúde de 14 de novembro de 2011 assistam ao *workshop* sobre alimentação saudável.

### ***Visitações Domiciliárias***

Objetivos gerais:

- ⌘ Promover a continuidade dos cuidados relativamente à avaliação dos pés dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora;
- ⌘ Promover o autocuidado adequado;
- ⌘ Efetuar avaliação da família dos utentes da população-alvo.

Objetivos específicos:

- ❖ Vigiar os pés dos utentes diabéticos;
- ❖ Avaliar o risco de desenvolver úlcera nos pés dos utentes diabéticos;

- ❖ Avaliar os cuidados e autovigilância que os utentes apresentam;
- ❖ Avaliar o conhecimento da técnica de autovigilância dos pés;
- ❖ Ensinar o utente e/ou o cuidador acerca da técnica de autovigilância dos pés;
- ❖ Treinar com o utente e/ou o cuidador a técnica de autovigilância dos pés;
- ❖ Orientar o utente e/ou o cuidador para a utilização de estratégias adaptativas para a autovigilância dos pés;
- ❖ Vigiar a execução da técnica de autovigilância dos pés pelo utente e/ou cuidador;
- ❖ Efetuar educação para a saúde ao utente e/ou família;
- ❖ Efetuar a caracterização da família do utente;
- ❖ Aplicar o MDAIF a pelo menos uma família;
- ❖ Efetuar os registos das VD no SAPE.

Objetivos operacionais/ metas:

- Que pelo menos 40% dos contactos telefónicos realizados em janeiro de 2012 sejam efetivos (obtenham resposta do utente);
- Que pelo menos 80% das VD marcadas sejam concretizadas, durante o mês de janeiro de 2012;
- Que 100% das avaliações dos pés sejam registadas no SAPE entre janeiro e fevereiro de 2012;
- Que pelo menos 10% dos utentes sejam avaliados em termos de risco de ulceração dos pés, durante o mês de janeiro de 2012;
- Que pelo menos 80% dos utentes aos quais for efetuada VD apresentem técnica de autovigilância dos pés adequada no final da mesma, durante o mês de janeiro de 2012.

### 3.4 – Indicadores de avaliação

De seguida apresentam-se os indicadores que permitem avaliar o desempenho relativamente a cada uma das estratégias utilizadas.

Apresentam-se também as metas e resultados obtidos, para posterior discussão dos mesmos.

#### *Ações de Educação para a Saúde*

Para a realização das AES, foram traçados os indicadores de processo relativamente ao número de utentes da população-alvo e familiares/cuidadores presentes no conjunto das sessões.

O Quadro 7 mostra as metas previamente traçadas e os resultados obtidos com as ações de educação para a saúde.

**Quadro 7** – Indicadores de processo das Ações de Educação para a Saúde

<b>Indicadores de processo</b>	<b>Construção</b>	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
Percentagem de utentes presentes nas AES	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes presentes nas AES}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes convocados para as AES}} \times 10^2$	30%	40%
Percentagem de familiares/cuidadores presentes nas AES	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de familiares/ cuidadores presentes nas AES}}{\text{N}^\circ \text{ de familiares/ cuidadores que confirmaram presença nas AES}} \times 10^2$	5%	120%

Como se pode observar no Quadro 7, a meta de 5% de familiares/cuidadores presentes nas AES traçada inicialmente foi ultrapassada e atingiu os 120% de familiares/cuidadores presentes relativamente aos convocados e que confirmaram presença. Este resultado, apesar de poder ser considerado relevante, ficou aquém das expectativas, uma vez que apenas cinco pessoas referiram, durante o telefonema de convocação, que iriam acompanhar o utente diabético à sessão. A expectativa era de uma maior adesão às sessões por parte dos familiares/cuidadores. Durante a realização das AES estiveram presentes seis familiares/cuidadores, o que permitiu ultrapassar a meta previamente estabelecida.

O indicador de resultado das AES, conforme descrito no Quadro 8 remete-se para os conhecimentos apresentados pelos formandos no final das sessões.

**Quadro 8** – Indicador de resultado das Ações de Educação para a Saúde

Indicador de resultado	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de utentes e familiares/cuidadores que aumentaram os conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes e familiares/cuidadores que apresentam conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas}} \times 10^2$	50%	84%

Com as sessões de educação para a saúde conseguiu-se obter um aumento das respostas certas no final das sessões (84%), relativamente àquelas obtidas no questionário diagnóstico aplicado no início de cada sessão (71%). Da mesma forma, obteve-se uma diminuição das respostas erradas no final das sessões (12%), tendo em conta os resultados do questionário diagnóstico (22%). As respostas “*Não sei*” também sofreram uma diminuição no final das sessões (1%), relativamente ao questionário aplicado no início (7%).

#### ***Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação à equipa de saúde***

O Quadro 9 apresenta o indicador de avaliação, meta e resultado obtido, relativos à sessão de formação em serviço, durante a qual se apresentaram os resultados obtidos com o Diagnóstico de Situação à equipa da UCCSH e UCESH.

**Quadro 9** – Indicador de avaliação da sessão formativa para a apresentação dos resultados do Diagnóstico de situação à equipa de saúde

Indicador de avaliação	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de profissionais da equipa de saúde que integra a UCCSH e UCESH presentes na apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação de saúde	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais presentes na sessão de apresentação do Diagnóstico}}{\text{N}^\circ \text{ total de profissionais que compõem a UCCSH e UCESH}} \times 10^2$	30%	37%

### ***Feira da Saúde: “Comemoração do Dia Mundial da Diabetes”***

Relativamente à realização da Feira da Saúde para comemorar o Dia Mundial da Diabetes, foram também traçados os indicadores de processo, que se apresentam no Quadro 10, com as respetivas metas e resultados.

**Quadro 10** – Indicadores de processo da Feira da Saúde

<b>Indicador de processo</b>	<b>Construção</b>	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
Percentagem de participantes em pelo menos um rastreio	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes em pelo menos um rastreio}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	$\times 10^2$ 80%	73%
Percentagem de participantes presentes na aula de hidroginástica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na aula de hidroginástica}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	$\times 10^2$ 5%	9%
Percentagem de participantes que assistiram ao <i>workshop</i> sobre alimentação saudável	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que assistiram ao } \textit{workshop} \text{ sobre alimentação}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	$\times 10^2$ 5%	18%

O indicador de resultado definido para a Feira da Saúde encontra-se explícito no Quadro 11, onde também consta a meta previamente definida e o resultado conseguido.

**Quadro 11** – Indicador de resultado da Feira da Saúde

<b>Indicador de resultado</b>	<b>Construção</b>	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
Percentagem de participantes diabéticos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes diabéticos}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	$\times 10^2$ 5%	20%

### Visitações Domiciliárias

Também para a realização das visitas domiciliárias foram traçados os indicadores de processo, conforme demonstra o Quadro 12, com as metas traçadas e resultados obtidos no final.

**Quadro 12** - Indicadores de processo das Visitações Domiciliárias

Indicador de processo	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de contactos telefónicos efetivos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contactos telefónicos efetivos}}{\text{N}^\circ \text{ total de contactos telefónicos efetuados}} \times 10^2$	40%	21,4%
Percentagem de visitas domiciliárias efetuadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias concretizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias marcadas}} \times 10^2$	80%	75%
Percentagem de registos de avaliação dos pés efetuados no SAPE	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de registos de avaliação dos pés efetuados no SAPE}}{\text{N}^\circ \text{ total de avaliações efetuadas}} \times 10^2$	100%	100%

**Legenda:** Contactos telefónicos efetivos – contactos em que houve resposta da pessoa contactada.

O Quadro 13 expõe os indicadores de resultado relativos às VD, com as respetivas metas e resultados obtidos.

**Quadro 13** - Indicadores de resultado das Visitações Domiciliárias

Indicador de resultado	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de utentes com avaliação dos pés efetuada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com avaliação dos pés efetuada}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes da população-alvo}} \times 10^2$	10%	6,8%
Percentagem de utentes que apresentam técnica de autovigilância dos pés adequada, no final da VD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes que apresentam técnica de autovigilância adequada no final da VD}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes aos quais foi efetuada VD}} \times 10^2$	80%	100%

### 3.5 – Apresentação e discussão dos resultados

Conforme foi mencionado anteriormente, optou-se pela seleção de estratégias variadas, que permitissem abordar os diversos ângulos do problema em questão, atingindo os objetivos propostos.

Com a realização de três sessões de educação para a saúde, pretendia-se uma meta de 30% de utentes presentes, relativamente aos que tinham sido convocados. O resultado obtido foi de 40% de utentes presentes nas sessões, pelo que se conclui que o indicador foi atingido e ultrapassado e a estratégia obteve uma boa adesão por parte da população-alvo.

As sessões de educação para a saúde foram momentos de partilha de conhecimento e por isso mesmo se quis incluir também os familiares/cuidadores dos utentes diabéticos, sabendo pelos resultados do Diagnóstico que muitas pessoas obtêm ajuda dos seus familiares para gerir a sua doença, quer seja ao nível da alimentação, quer seja ao nível dos autocuidados. Por isso mesmo, também se convocaram os familiares/cuidadores para as sessões e, tendo 5 confirmado que estariam presentes, marcaram efetivamente presença 6 familiares/cuidadores.

Desta forma, a meta de 5% de familiares/cuidadores presentes nas AES traçada inicialmente, foi ultrapassada e atingiu os 120% de familiares/cuidadores presentes relativamente aos convocados e que confirmaram presença. Este resultado, apesar de poder ser considerado relevante, ficou aquém da expectativa de uma maior adesão às sessões, uma vez que apenas cinco pessoas referiram que iriam acompanhar o utente diabético.

A educação de grupos é um procedimento complexo e, tal como referem Onega e Devers (2011, p. 310) “*os grupos são um meio eficaz e poderoso de iniciar e implementar mudanças nos indivíduos, famílias, organizações e na comunidade*”. Assim, e considerando que a família é ela própria um grupo, partilhando laços de parentesco, espaço e recursos económicos, e que os elementos deste grupo influenciam-se entre si, faz sentido trabalhar também com a família dos utentes diabéticos e incluí-la nas sessões de formação.

Ao longo das AES foram efetuadas as avaliações diagnósticas e finais dos conhecimentos que os formandos apresentavam relativamente à temática, o que permitiu concluir que houve um aumento de conhecimentos no final das sessões, com um maior número de respostas certas e uma diminuição das respostas erradas e “*Não sei*” no questionário aplicado no final. O método de avaliação das sessões foi ajustado após a

primeira sessão, uma vez que os resultados obtidos ficaram aquém do esperado, explicado pela dificuldade de compreensão das questões por parte dos formandos.

A realização de AES é um processo complexo e a escolha da linguagem e métodos de apresentação e avaliação tem de ser cuidadosamente ajustada com o nível de escolaridade que os formandos apresentam. Desta forma, é necessário efetuar uma avaliação de cada sessão, bem como as alterações necessárias para que se obtenha sucesso.

Ao longo da implementação das AES, procurou-se sempre ir de encontro às expectativas dos utentes e seus familiares/cuidadores, para que no fim se pudessem obter ganhos em saúde efetivos.

Relativamente à sessão de formação em serviço para apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação e Projetos de Intervenção à equipa que integra a UCCSH e a UCESH, a meta relativamente ao número de presenças previamente estabelecida foi de 30%. Considerando que estiveram presentes 10 profissionais, num total de 27 que compõem as duas unidades de saúde, o resultado obtido foi: 37%. Assim sendo, apurou-se que a meta previamente definida foi conseguida e ultrapassada, considerando positivo o interesse dos profissionais da UCCSH e UCESH em obter informações acerca da população estudada.

Também a realização da Feira da Saúde foi considerada bem-sucedida. O número total de participantes na Comemoração do Dia Mundial da Diabetes foi de 89, tendo 65 utentes realizado rastreios (18 diabéticos e 47 não diabéticos), 8 utentes participaram na aula de hidroginástica e 16 estiveram presentes no *workshop* sobre alimentação saudável. Concluiu-se que todas as metas previamente traçadas para a Feira da Saúde foram atingidas e ultrapassadas. Da totalidade de participantes, 20% eram diabéticos, 73% participaram em pelo menos um rastreio, 9% participaram na aula de hidroginástica e 18% assistiram ao *workshop* sobre alimentação saudável.

Para a realização das VD, foi considerada uma população-alvo de 88 utentes, uma vez que foram definidos como critérios de inclusão:

- ✓ Diabéticos das clínicas privadas, que residem na freguesia da Senhora da Hora;
- ✓ Não tenham respondido ao formulário de colheita de dados aplicado durante a realização do Diagnóstico de Saúde;
- ✓ Não apresentem a intervenção “*Vigiar pés*” registada no Sistema SAPE há menos de um ano;

- ✓ Não tenham consulta de enfermagem para vigilância marcada até Abril de 2012;
- ✓ Não estejam integrados em projetos da UCCSH;
- ✓ Aceitem a realização da VD.

Estes critérios foram assim determinados, uma vez que se pretendia atingir aqueles utentes que não eram seguidos regularmente pelos Enfermeiros de Família. Após a realização do próprio Diagnóstico de Situação, notou-se uma maior aproximação destes utentes com os enfermeiros da UCESH, pelo que não se viu necessidade de marcar VD junto daqueles que começaram ali a ser seguidos e vigiados.

Mais uma vez, a questão dos recursos humanos e de tempo são essenciais, pelo que se tornou necessário abordar os utentes que poucas vezes ou nunca tinham ido à UCESH. Para a marcação das VD, optou-se pelo contacto telefónico. A questão dos processos clínicos desatualizados levou a que 25 utentes não pudessem ser contactados através deste meio. Foram efetuados 70 contactos telefónicos (considerando que a vários utentes foi efetuada mais do que uma tentativa de contacto), obtiveram-se 15 respostas telefónicas. Destes 15 utentes, 7 recusaram a realização de VD. Foram marcadas 8 VD, mas duas não foram realizadas, por ausência dos utentes no local e hora marcados.

Alguns dos indicadores traçados para a realização das VD não foram atingidos, tendo-se conseguido 21,4% de contactos telefónicos com resposta da pessoa contactada e 75% de VD efetuadas.

Todos os registos de avaliação dos pés foram efetuados no SAPE, permitindo a continuidade dos cuidados após o término da implementação deste projeto de intervenção.

A abordagem do utente e sua família no meio onde estão inseridos permite uma compreensão e avaliação globais, detetando constrangimentos que de outro modo poderiam estar ocultos. As avaliações das famílias dos utentes com VD permitiram observar uma população com uma rede de apoio e suporte pobre, muitas vezes apenas suportada pela família alargada, com esporádicas ligações às clínicas privadas (médico de família) e muito raras ligações ao enfermeiro de família. A maioria dos utentes não apresentava atividades de lazer e desconhecía os recursos da comunidade onde vivem.

A aplicação do MDAIF pareceu ser adequada, com os elementos que foi possível colher junto do utente. Contudo, como refere a própria autora do modelo, este não é para ser preenchido numa só sessão, mas ao longo do tempo e da relação entre enfermeiro e utente/família, procurando dados que validem as intervenções que vão sendo efetuadas,

assim como, procurando obter informações que poderão orientar a prática de cuidados à família considerando os recursos que esta dispõe ou não.

Considera-se o estabelecimento de uma relação empática e terapêutica com os utentes essencial, relação que requer tempo, recurso que foi escasso nesta intervenção. Apesar disso, notou-se um sentimento de agrado e esperança por parte dos utentes visitados, pois sentiram uma aproximação e interesse dos serviços de saúde, situação à qual não estavam habituados.

A seleção das visitas domiciliárias como estratégia de abordagem dos utentes diabéticos revelou-se, desta forma, adequada e permitiu a obtenção de resultados positivos.

É necessário referir que estes utentes tinham contactos esporádicos com os Enfermeiros da UCESH, não estavam habituados a obter cuidados de Enfermagem para vigilância e muitos destes utentes mostravam renitência em aceitar as intervenções propostas. Assim, considera-se importante que se mantenha a aposta na procura ativa destes utentes, sabendo que as intervenções previstas são sempre necessárias e irão contribuir da melhor forma para que os utentes mantenham, recuperem ou melhorem o seu estado de saúde.

Neste campo, o papel do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é fundamental, pois este, melhor do que ninguém saberá escolher as formas mais adequadas de intervir.

#### 4 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O percurso traçado ao longo do curso, iniciado na componente teórica e terminando na componente prática, que corresponde à realização do estágio, possibilita usufruir das mais variadas experiências e pretende orientar o aluno no processo de aquisição de competências, que lhe permitirão obter a especialização na área da Enfermagem Comunitária.

Assim, o plano de estudos do Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária discrimina os objetivos e competências a desenvolver pelo Enfermeiro Especialista. Os objetivos gerais definidos são:

- ∅ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC);
- ∅ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ∅ Ser capaz 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.

Não se poderá esquecer que a experiência profissional prévia proporciona ao aluno um manancial de saberes e experiências, que serão aprofundados e direcionados para a área que se pretende, neste caso a EEC.

A experiência profissional de oito anos no âmbito de cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente ao nível hospitalar, poderia à partida ser indiciadora de uma escolha diferente na hora de decidir a área de especialização. Contudo, a Enfermagem Comunitária sempre pareceu ser aquela área na qual a Enfermagem poderia desenvolver maior autonomia e expandir-se enquanto profissão. Deste modo, considera-se que este

suporte profissional possibilitou já a aquisição de determinadas competências, as quais são requeridas ao Enfermeiro Especialista.

Os objetivos específicos definidos no plano de estudos do curso referem ser necessário o domínio de competências específicas, que de uma forma resumida, se apresentam:

- ∅ Gerir e interpretar informações, quer proveniente da formação e experiências prévias, quer na utilização de resultados de investigação válidos, integrando-os na prática;
- ∅ Comunicar em contextos diversos, como a apresentação de resultados da prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas, como comunicar outros aspetos complexos aos pares ou até ao público em geral;
- ∅ Analisar criticamente e refletir acerca de situações complexas, abordando as questões de um modo sistemático e criativo, atuando sempre de uma forma fundamentada;
- ∅ Procurar manter o autodesenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua e autónoma, aprofundando os conhecimentos na área de EEC;
- ∅ Saber abordar questões complexas relacionadas com o cliente e família, utilizando as técnicas de comunicação e intervenção;
- ∅ Tomar decisões baseadas nas evidências científicas e tendo sempre em consideração as responsabilidades sociais e éticas;
- ∅ Demonstrar capacidade de trabalho em equipas multidisciplinares;
- ∅ Promover e participar em investigação, assim como contribuir para a formação em serviço;
- ∅ Procurar prestar cuidados, pautando-se pela qualidade;
- ∅ Colaborar e contribuir para a formação e integração de novos enfermeiros.

Ao longo do período do curso foi sempre tido em consideração a experiência profissional e de vida, o que permitiu atuar de forma assertiva, enfrentar com profissionalismo as situações mais complexas que surgiram e atingir as metas desejadas. A atuação pautou-se pelos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão, procurando em todas as situações efetuar a sua ponderação ética e tendo sempre em conta a vontade e interesse dos utentes com os quais se contactou, assim como o respeito pelas suas crenças e valores.

A qualidade dos cuidados prestados foi sempre um fim em vista durante a atividade profissional prévia e foi aprofundada durante o curso, fazendo com que surgisse a reflexão crítica acerca dos procedimentos adotados e a procura constante da melhoria da sua aplicação.

No domínio da gestão dos cuidados, as competências foram adquiridas pela experiência profissional, durante a qual se procurou e procura otimizar a resposta da equipa de enfermagem e articulando com a equipa multiprofissional numa estreita relação.

Em relação ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi aprofundada a capacidade de autoconhecimento, a qual permitiu atuar eficazmente de forma a resolver eventuais conflitos que vão surgindo na interação com o outro.

Procurou-se sempre atuar de forma fundamentada, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados, quer através de situações como formador em serviço, quer participando como formando, o que implica uma pesquisa constante para atualização dos conhecimentos.

Foi efetuada, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuindo para a capacitação de grupos e comunidades.

Estas competências foram adquiridas durante a realização do estágio, com a realização do Diagnóstico de Situação de Saúde com a identificação das necessidades/problemas e posterior Definição de Prioridades, avaliando desta forma o estado de saúde da população, fundamentando a realização dos Projetos de Intervenção para dar resposta a estes mesmos problemas/necessidades identificados.

Desta forma, foram adquiridas competências na área da formulação de objetivos, indicadores e estratégias de intervenção adequadas e exequíveis face às prioridades definidas e à tecnologia disponível.

Também foram adquiridas competências na consecução de projetos de intervenção comunitária, os quais têm como objetivo diminuir ou anular os problemas detetados. Foram efetuados contactos com os parceiros sociais, nomeadamente com elementos da Câmara Municipal, Junta de Freguesia, ULSM, que permitiu a sua mobilização e intervenção conjunta, tendo em vista os problemas de saúde observados.

A avaliação da implementação dos projetos é uma competência importante que também foi conseguida, permitindo observar os ganhos obtidos e as falhas que necessitam de ser colmatadas, para futuras intervenções.

O processo de capacitação de grupos é complexo e implica um esforço de equipa e muitas vezes multiprofissional. Foi mais um objetivo conseguido através da realização das sessões de educação para a saúde, promovendo a capacitação do grupo específico dos diabéticos, mas também através da realização da feira da saúde, a qual permitiu estabelecer parcerias multiprofissionais com vista a atingir os objetivos definidos para a sua realização e orientando a intervenção para a comunidade em geral.

Também as competências na área de prestação de cuidados à família foram sendo atingidas ao longo da realização do curso. Procurou-se desenvolver as atividades no seio da comunidade, nomeadamente no domicílio dos utentes, assim como procurando que a família também integrasse atividades como as AES, para fazer parte de todo o processo de gestão da doença.

Elaborou-se e aplicou-se um Guia para as VD, que implicou uma avaliação familiar, permitindo adquirir competência na utilização dos diversos instrumentos que auxiliam na avaliação da família e fundamentam as intervenções que são efetuadas. Todo o processo de cuidados implicou a colaboração com a família, procurando a participação ativa dos membros, tendo sempre em conta os seus valores e crenças.

Para estas competências específicas relativamente à família, em muito contribuiu o conhecimento obtido durante a componente teórica do curso, mas também a participação em ações de formação que contribuíram para aprofundar os conhecimentos na aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, modelo adotado pela Ordem dos Enfermeiros (2012) como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar.

O percurso profissional permitiu a aquisição de competências na área da formação e integração de novos profissionais, através da frequente orientação de alunos de enfermagem e também na contribuição para a integração de novos profissionais.

## 5 – CONCLUSÃO

A realização do presente relatório é o culminar de um percurso longo, mas estimulante, recheado de experiências que permitirão alcançar a meta desejada: o Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária.

A oportunidade de realizar o estágio numa UCC, tendo este tipo de unidades de saúde a missão de prestar cuidados de saúde aos indivíduos, famílias ou grupos mais vulneráveis da sociedade, revelou-se um aspeto importante que em muito contribuiu para a aquisição das competências necessárias para a obtenção da especialização nesta área.

O estágio foi realizado ao longo de três módulos distintos, tendo-se iniciado em abril de 2011 e terminado em fevereiro de 2012. Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde, que implica a realização de um Diagnóstico de Situação para detetar os problemas/necessidades da população em estudo, a Definição das Prioridades e a implementação de Projetos de Intervenção para dar resposta no sentido de diminuir ou eliminar esses mesmos problemas.

Durante os meses de maio e junho de 2011, foi planeado e executado o Diagnóstico de Situação de Saúde para obter os problemas e necessidades dos utentes diabéticos inscritos nas Clínicas Privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.

Posteriormente, efetuou-se a definição das prioridades hierarquizando os problemas/necessidades encontrados. Por sugestão da Prof<sup>a</sup> Regente e Enf.<sup>a</sup> Tutora do estágio, os problemas detetados e priorizados foram agrupados nos grupos apresentados de seguida, ficando distribuídos pelos três elementos que realizaram o estágio e tinham a mesma população-alvo.

- ↪ Vigilância global de saúde inadequada;
- ↪ Vigilância dos pés inadequada;
- ↪ Gestão do regime terapêutico ineficaz.

Por fim, e tendo como tema central a “vigilância dos pés inadequada” impôs-se a realização de um projeto de intervenção comunitária, que se intitulou: “*Vigilância e*

*Cuidados aos Pés dos Diabéticos*”, numa vontade de contribuir para melhorar o estado de saúde desta comunidade.

O Diagnóstico consistiu na aplicação de um formulário, utilizando como estratégia a visitação domiciliária, numa amostra de conveniência constituída por 63 diabéticos, com idades compreendidas entre os 32 e 85 anos (média de 63,22 anos), que acedem aos serviços de saúde em clínicas privadas da Senhora da Hora, nomeadamente às consultas médicas.

As principais necessidades verificadas encontram-se numa íntima ligação com as informações que estes utentes possuem acerca da sua doença – a diabetes – e à perceção do risco que apresentam, levando-os a adotar muitas vezes comportamentos que põem em risco a sua saúde.

Observou-se que, apesar de 76,2% dos utentes referir que efetuava a autovigilância dos pés, muitos continuavam sem adotar os procedimentos mais adequados para os seus cuidados e proteção: 46% usa sapatos sem meias, 46% não aplica creme hidratante, 47,6% usa meias com costura, 38,1% não verifica a temperatura da água antes de introduzir os pés e 31,7% usa fontes de calor para se aquecer.

Em termos de risco de ulceração, detetou-se que 15,9% dos utentes apresentava úlcera atual ou já apresentou anteriormente e 23,8% apresentava risco aumentado de ulceração, tendo em conta as alterações sensitivas, vasculares e ósseas observadas durante a aplicação do formulário.

Mas os cuidados aos pés não se restringem à autovigilância. O exame e vigilância regulares por um profissional de saúde, associados à educação para a saúde, são contributos sérios e eficazes para a prevenção de lesões nos pés dos diabéticos. Contudo, 79,4% da amostra referiu que os seus pés não são vigiados anualmente por um profissional de saúde.

A informação sobre o pé diabético pode ser divulgada e repetida à exaustão através da utilização de vários meios: media, profissionais de saúde, familiares e amigos. As informações do tipo ‘*como se lavam os pés*’ ou ‘*como se evitam os traumatismos nos pés*’ certamente estão na base de um bom trabalho de prevenção em relação ao pé diabético, uma vez que permite esclarecer dúvidas, destruir mitos, transmitir segurança e estabelecer uma desejável familiaridade com termos e conceitos, exercitando uma precoce

sensibilização, que vai facilitar aos utentes diabéticos adotarem comportamentos de prevenção e sentirem-se à vontade em nomear as suas dificuldades, sem constrangimentos.

É neste sentido que surge uma preocupação, dado que se deparou com uma relação terapêutica entre utentes diabéticos e Enfermeiros de Família da UCESH, praticamente inexistente.

Foi nesta base que assentou o projeto de intervenção planeado, procurando colmatar a falha nos conhecimentos dos utentes e nos seus comportamentos de prevenção, atraindo a família para o seio dos cuidados ao diabético e obter assim a sua preciosa contribuição, granjeando uma forma de aproximar esta população aos seus Enfermeiros de Família (que 81% dos utentes inquiridos admitiu desconhecer) e procurando contribuir para a continuidade de cuidados, efetuando a vigilância do estado dos pés ao maior número de utentes que foi possível durante este período de tempo.

Uma das barreiras detetadas à implementação do projeto foi o facto de muitas pessoas não sentirem como uma necessidade a vigilância por parte do Enfermeiro de Família, estando muitas vezes renitente em participar nas atividades para as quais foram solicitados. Contudo, foram adotadas várias estratégias para que houvesse uma aproximação, procurando atuar com profissionalismo, assertividade e empatia. No final do estágio, o *feedback* dos enfermeiros da UCESH foi de que muitos mais utentes começaram a procurar a unidade de saúde, em busca de uma vigilância, esclarecimento de dúvidas, enfim, em busca dos cuidados de Enfermagem.

A desinformação foi considerada como podendo ser o obstáculo menos difícil de ser contornado. Deparou-se com o facto de que os médicos das clínicas privadas são o veículo de transmissão de informação mais frequentemente referido pelos utentes inquiridos durante o Diagnóstico, sendo que apresentam maior acessibilidade em termos de informação, mas os que apresentam maior défice na informação transmitida ao utente, porque a informação, pura e simples, é uma aquisição teórica e não é investida de afeto, apenas uma série de dados com os quais os diabéticos muitas vezes não sabem o que fazer.

Por isso mesmo, os Enfermeiros deverão assumir um papel fundamental na transmissão de informação, mantendo uma atitude de escuta e respeito em relação às necessidades dos diabéticos, assim como valorizando o seu saber, estando sempre atentos às diferenças, que, afinal, representam a *pluralidade* desta população.

Não se fala aqui num exercício autoritário do saber médico, mas em saber ouvir e reconhecer as carências particulares desta população e das suas necessidades pela vivência autónoma da diabetes.

Considera-se acertada a escolha das sessões de educação para a saúde em grupo, uma vez que permitiram a partilha de experiências e saberes entre as pessoas do grupo de utentes e seus familiares/cuidadores e entre estes e as enfermeiras que apresentaram as sessões. Foram momentos ricos, que permitiram aumentar os conhecimentos dos utentes face aos cuidados que devem ter, nomeadamente para a prevenção do pé diabético.

Também as visitas domiciliárias trouxeram um contributo importante a todo o trabalho efetuado, aproximando os serviços de saúde aos cidadãos, possibilitando a visualização das condições de vida e familiares e o meio onde os utentes vivem e desenvolvem as suas atividades do dia-a-dia. As VD são instrumentos essenciais para os Enfermeiros, uma vez que lhes permitem desenvolver o seu trabalho optando por uma procura ativa dos utentes, não se limitando a aguardar por estes no seu gabinete no Centro de Saúde, proporcionando momentos de intervenção no âmbito dos vários níveis de prevenção, adaptados às necessidades de cada indivíduo e/ou família.

Como se considerou que não se devia apenas centrar a intervenção na população com DM, a realização de uma Feira da Saúde para a comemoração do Dia Mundial da Diabetes veio colmatar essa necessidade. A abertura a toda a comunidade é crucial, alertando para esta doença específica, que tem vindo a ganhar terreno, em especial na faixa etária acima dos 60 anos. O risco de desenvolver DM numa fase tardia da vida é alto e a divulgação e o incentivo à adoção de comportamentos saudáveis é essencial para a sua prevenção.

Considera-se que o trabalho desenvolvido ao longo destes meses de estágio, iniciado com o Diagnóstico de Situação e terminado com a implementação dos Projetos de Intervenção, trouxe certamente ganhos para a saúde da população-alvo.

Paralelamente permitiu adquirir experiências e competências que possibilitaram obter o grau de especialização desejado.

A experiência deste trabalho trouxe-nos mais interrogações do que certezas acerca das motivações que movem os diabéticos quando o tema se centra na prevenção, especificamente.

Não há soluções mágicas, massivas, no que concerne à prevenção do pé diabético. A decisão individual de ter atitudes de alerta e preservar-se em todas as ocasiões, nem sempre está subordinada à posse de informações sobre saúde, cuidados e formas de prevenção, por mais importantes e significativas que sejam. Parece-nos algo que vai além de todo este conjunto de fatores. Está ligado, diretamente, à consciência de si, da sua própria importância e valor, bem como depende do investimento que cada diabético está disposto a fazer a favor do autocuidado.

Este investimento pode significar um aumento da sua qualidade de vida, mas precisa antes de mais ter a consciência e a percepção que as coisas más não acontecem só aos outros.

O aumento da literacia em saúde dos cidadãos é um ponto crucial para o desenvolvimento sustentado de uma sociedade e só dessa forma se poderá considerar em capacitar as pessoas para assumirem o seu próprio projeto de saúde.

É por isso mesmo que dificilmente se poderá afirmar que o trabalho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária está terminado. O seu papel em todo este processo não pode deixar de ser considerado como uma das pedras angulares, pois todo o seu profissionalismo, persistência, dedicação e cuidados são centrados na própria comunidade.



## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 1 Mar. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Modelo.aspx>>.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 1978 – Declaração de Alma-Ata: Saúde para todos no ano 2000. Organização Mundial da Saúde.

DECRETO-LEI nº 28/2008. D.R. I Série. 38 (08-02-22) 1182-1189.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005, 24p. ISBN 972-675-128-4.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2008. 24p. ISBN 978-972-675-180-9.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta J. S. – Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. 2009. 550p. Tese de Doutoramento.

IMPERATORI, Emílio, GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – Position Statement: The Diabetic Foot [Em linha]. IDF, 2005. [Consult. 01 Out. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.idf.org/position-statement-diabetic-foot>>.

MACEDO, A. [et al] – Pé em risco aumentado de ulceração em doentes com diabetes mellitus tipo 2. Revista Portuguesa de Clínica Geral [Em linha]. Vol. 26 (2010) 159-168. [Consult. 12 Jul. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.apmcg.pt>>.

NORMA Nº 005/2011. 2011<sup>b</sup> – Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 10p.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES – **Diabetes: factos e números 2010: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes** [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. [Consult. 12 Jul. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&access=0>>.

OLIVEIRA, António G. – **Bioestatística, epidemiologia e investigação: teoria e aplicações**. Lisboa: Lidel, 2009. 255p. ISBN 978-972-757-558-9.

ONEGA, Lisa L. e DEVERS, Edie – Educação para a Saúde e Processo de Grupo. **In** STANHOPE, M. e LANCASTER, J. – “Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População”. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1.2011. pp.302-330.

ORIENTAÇÃO Nº 003/2011. 2011<sup>a</sup> – Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 5p.

TAVARES, António – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. 2<sup>a</sup> ed. Lisboa: Ministério da Saúde, 1992.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Projeto de Estágio**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

*Intervir*

**Projecto de Estágio**

**Ana Sofia Cardoso Valente Tomé, nº 361610056**

**Sob orientação de: Prof<sup>ª</sup>. Norminda Magalhães**

**Porto, Abril de 2011**

## Índice

0 – Introdução.....	4
1 – Enquadramento do Estágio.....	6
1.1 – Local de Estágio.....	8
2 – Objectivos e Competências.....	10
2.1 – Módulo I.....	10
2.2 – Módulo II.....	13
2.3 – Módulo III.....	16
3 – Cronograma de Estágio.....	18
4 – Conclusão.....	19
Bibliografia.....	20
Anexos.....	21
Anexo I – Objectivos e Competências do Enfermeiro Especialista.	
Anexo II – Cronograma de Estágio	

## Índice de Siglas e Abreviaturas

% - Percentagem

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

EC – Enfermagem Comunitária

ECTS – *European Credit Transfer and Accumulation System*

EEC – Especialização em Enfermagem Comunitária

EPS – Acções de Educação para a Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OND – Observatório Nacional da Diabetes

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

UCE – Unidade de Cuidados de Enfermagem

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

USF – Unidade de Saúde Familiar

## **0 – Introdução**

A prática de enfermagem na área comunitária é reveladora de todo o potencial de ingerência da profissão. É a possibilidade de intervenção relativamente aos vários níveis de prevenção que demonstra quão alargada pode ser a acção do enfermeiro que trabalha na comunidade.

O nível de conhecimentos actualmente existente na profissão de enfermagem possibilita e obriga-nos a uma constante actualização, para que possamos prestar os melhores cuidados ao indivíduo, família ou comunidade.

O estágio na área da enfermagem comunitária permite-nos desenvolver competências e novas abordagens na prestação de cuidados de enfermagem especializados, para além de uma prática reflexiva e crítica, com vista à produção de novos conhecimentos.

O presente estágio insere-se no plano curricular do 4º Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto. É composto por três módulos, sendo que o primeiro módulo inclui um diagnóstico de saúde da comunidade, cujo objectivo é elaborar um diagnóstico de situação de saúde e necessidade em cuidados de enfermagem numa comunidade específica. O segundo módulo é composto pela elaboração e implementação de um projecto de intervenção e avaliação de acordo com as necessidades detectadas no módulo anterior, actuando aos cinco níveis de prevenção e com predominância na área de saúde familiar. O terceiro módulo é opcional, ou seja, desenvolver-se-á em contexto a definir decorrente das opções registadas.

Com o presente projecto, pretendo dar resposta a uma exigência curricular, delinear as linhas gerais que irão orientar o estágio, definir os objectivos gerais e específicos para cada módulo de estágio, bem como as actividades previstas e os indicadores de avaliação, de um modo geral e tendo em conta que poderá ser reformulado de acordo com as situações e novas indicações que forem surgindo.

Ao longo deste documento, abordarei o enquadramento do estágio, nomeadamente uma breve descrição do local onde este se irá realizar. O segundo capítulo está subdividido por cada módulo de estágio (I, II, III), integrando os objectivos gerais e específicos, actividades e indicadores de avaliação a desenvolver. Apresenta-se também o cronograma geral de estágio para os três módulos, tentando prever, na medida do possível, a realização das diversas actividades.

## **1 – Enquadramento do Estágio**

A sociedade na qual estamos inseridos encontra-se em constante evolução, necessitando os profissionais de saúde, de se adaptarem e melhorarem a sua performance para dar resposta aos problemas cada vez mais complexos com os quais se vão deparando no exercício da sua actividade profissional.

A aquisição de competências no âmbito da especialidade em enfermagem é um aspecto importante que irá influenciar positivamente a prestação de cuidados ao indivíduo, família ou comunidade. Esta aquisição de conhecimentos e competências baseia-se numa política de formação contínua dos enfermeiros, que seja promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados prestados, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

Outro aspecto a ter em conta é o facto de que a actual conjuntura económica exige que se tenha em consideração, mais do que nunca, a forma como são utilizadas as verbas destinadas à saúde. Sabendo que a saúde é um direito de todos nós, é fundamental que se racionalize os recursos e se utilizem da forma mais adequada em benefício da população.

A Lei de Bases da Saúde refere na sua Base II que a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado, tendo em conta que é necessário garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços.

São estes os alicerces da metodologia do planeamento da saúde que, de acordo com Imperatori (1993, p.23), deve ser composto de uma análise multisectorial de uma comunidade, havendo coordenação entre os níveis de poder central, regional e local. O planeamento da saúde não se refere apenas ao planeamento dos serviços de saúde, mas requer o envolvimento dos sectores económicos e sociais, que também eles condicionam a saúde da população.

*“Pode definir-se o planeamento da saúde como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”* (Imperatori, 1993, p.23)

Ainda de acordo com o mesmo autor, o planeamento da saúde é um processo contínuo e dinâmico, composto por diversas etapas coerentes e interligadas mas nunca estanques, já que podem ser sempre reformuladas para que sejam adaptadas ao evoluir dos tempos. As etapas do planeamento em saúde são: Diagnóstico de Saúde; Definição de Prioridades; Fixação de Objectivos; Selecção de Estratégias; Elaboração de Programas e Projectos; Preparação da Execução; Avaliação.

A pertinência deste estágio baseia-se nas várias fases do planeamento em saúde, considerando as competências do enfermeiro especialista, com vista a intervir no sentido de melhorar o estado de saúde da população.

Considerando as orientações da enfermeira coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH), foi decidido elaborar o Diagnóstico de Saúde a utentes das clínicas privadas da Senhora da Hora, com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* e com a residência na freguesia da Senhora da Hora.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, refere que as doenças do metabolismo são um problema de saúde pública, pela elevada incidência e prevalência que apresentam actualmente, nomeadamente a diabetes e a obesidade e merecem uma abordagem particular. Refere ainda que se observa um aumento da prevalência de Diabetes *Mellitus*, sendo uma das causas de morte que registou um dos mais importantes aumentos na última década, assim como a tendência de aumento das complicações. As orientações estratégicas para a abordagem deste problema de saúde pública foram traduzidas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), em 2008.

De acordo com o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (OND, 2010, p.9), a prevalência da Diabetes em Portugal no ano de 2009 foi de 12,3 % da

população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens e as mulheres, assim como a existência de uma correlação directa entre o aumento da prevalência da Diabetes e o envelhecimento dos indivíduos. De acordo com este relatório, mais de um quarto da população portuguesa integrada no escalão etário dos 60-79 anos tem Diabetes.

Ainda segundo os dados constantes no referido relatório, a taxa de incidência da Diabetes sofreu um crescimento desde 2000, em Portugal. Em 2009 foram detectados 571 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes (*idem*, p.13), assumindo esta doença um papel significativo nas causas de morte, tendo a sua importância vindo a crescer ligeiramente ao longo dos últimos 4 anos (*idem*, p.15).

Sendo este um problema verificado na população portuguesa, torna-se necessário que cada unidade de cuidados de saúde primários tenha o conhecimento acerca dos seus utentes e dos problemas relacionados com a Diabetes. O conhecimento aprofundado da realidade, obtido através da realização de diagnósticos de situação, é a melhor forma de iniciar os projectos de intervenção, para que os recursos possam ser devidamente distribuídos e correctamente utilizados em prol da saúde da população.

### 1.1 – Local de Estágio

O presente estágio, inserido no plano curricular do 4º Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, será realizado na UCCSH.

Esta unidade está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos, que por sua vez faz parte da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (ULSM).

O Centro de Saúde da Senhora da Hora integra as unidades funcionais de prestação de cuidados à população da Senhora da Hora, nomeadamente a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Senhora da Hora, a Unidade de Saúde

Familiar (USF) Lagoa, a Unidade de Cuidados de Enfermagem (UCE) Senhora da Hora, na qual se atende os utentes das clínicas privadas e a UCCSH. Esta última é coordenada pela Enfermeira Alice Martins e a sua equipa é multidisciplinar, desenvolvendo os mais diversos projectos de intervenção na comunidade.

A UCCSH tem como área de influência as freguesias da Senhora da Hora, Guifões e Custóias, do concelho de Matosinhos, abrangendo uma população de cerca de 53935 habitantes distribuídos da seguinte forma: Senhora da Hora – 26202 habitantes; Custóias – 18054 habitantes; Guifões – 9679 habitantes.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>MATOSINHOS, Câmara Municipal – *Freguesias*. Acedido em 5 de Abril de 2011 em [http://www.cm-matosinhos.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=9699](http://www.cm-matosinhos.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=9699)

## 2 – Objectivos e Competências

O estágio é um excelente meio de aprendizagem, ao longo do qual se coloca em prática os conhecimentos teóricos adquiridos, cimentando os conhecimentos práticos previamente obtidos pelo aluno.

Quando um profissional de saúde procura a especialização em determinada área, pretende aprofundar os seus conhecimentos e adquirir uma série de competências, de forma a aumentar a sua capacidade de resolução de problemas cada vez mais complexos e intervir sob a forma de programas e projectos devidamente elaborados com base em metodologia científica e dirigidos e adequados a uma população específica.

Os objectivos para este estágio foram definidos tendo em conta as competências que se pretendem desenvolver, definidas pela OE (Anexo I). Para cada módulo de estágio foram definidos os objectivos gerais e específicos.

### 2.1 – Módulo I

O primeiro módulo de estágio proposto tem como base a primeira etapa do planeamento da saúde: **o diagnóstico da situação**.

*“O diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se, assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados.”* (Imperatori, 1993:47)

A existência de um diagnóstico concordante com as necessidades da população à qual foi aplicado é que vai justificar a pertinência do Plano, Programa ou Projecto que se esteja a elaborar e tem em vista a satisfação destas mesmas necessidades (Tavares, 1992).

O diagnóstico é considerado uma fase fundamental no processo de planeamento da saúde, já que vai ser o instrumento usado para identificar os problemas e necessidades da população e as etapas que o seguem são elaboradas a partir deste. Este irá funcionar como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (Imperatori, p.44).

Este módulo irá decorrer entre 27 de Abril de 2011 e 25 de Junho de 2011, com um total de 250 horas, das quais 180 horas serão de contacto, o que corresponde a 10 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS).

Foi definido que neste primeiro momento ir-se-á proceder à elaboração do diagnóstico de situação a utentes das clínicas privadas da Senhora da Hora, com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, residentes na freguesia da Senhora da Hora, a qual se encontra na área de influência da UCCSH.

É neste contexto que foram definidos os objectivos gerais e específicos para o Módulo I de estágio, assim como as actividades a desenvolver, os objectivos operacionais/metastas e indicadores.

### **Objectivos gerais**

- I. Desenvolver competências no âmbito da primeira etapa do planeamento em saúde: Diagnóstico da Situação.
- II. Elaborar um diagnóstico de situação a utentes com o diagnóstico de Diabetes.
- III. Determinar as necessidades reais/ problemas de saúde dessa população.

### **Objectivos específicos/ Actividades**

- i. Planear o diagnóstico de saúde:
  - ✓ Definir a área programática
  - ✓ Especificação dos objectivos
  - ✓ Constituição da equipa de trabalho
  - ✓ Identificação e caracterização da comunidade

- ✓ Selecção das variáveis /indicadores
  - ✓ Determinação da população/amostra
  - ✓ Selecção das fontes informadoras
  - ✓ Selecção/elaboração de instrumentos de pesquisa
  - ✓ Programação/realização da pré-testagem
  - ✓ Previsão do tratamento da análise dos dados
  - ✓ Previsão da apresentação dos dados
  - ✓ Revisão dos recursos
  - ✓ Treino do pessoal
- ii. Executar o diagnóstico de saúde:
- ✓ Elaborar a colheita de dados
  - ✓ Organizar e tabular os dados
  - ✓ Analisar e interpretar os dados
  - ✓ Efectuar a representação dos dados
  - ✓ Apresentar as conclusões do diagnóstico efectuado
  - ✓ Elaborar o relatório
- iii. Determinar os problemas / necessidades de saúde da população estudada.
- iv. Redigir o relatório.

### **Objectivos operacionais/ Metas**

- ❖ Que pelo menos 20% dos utentes das clínicas privadas da área da Senhora da Hora, com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, participem na resposta ao formulário.

## Indicadores:

### Indicador de resultado

- % de utentes das clínicas privadas da área da Senhora da Hora com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* que responderam ao formulário de colheita de dados.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes que responderam ao formulário}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Diabetes Mellitus}} \times 10^2$$

### Indicador de actividade

- % de visitas domiciliárias efectuadas para colheita de dados.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias efectuadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias previstas}} \times 10^2$$

## 2.2 – Módulo II

O segundo módulo irá decorrer entre 3 de Outubro de 2011 e 26 de Novembro de 2011, com um total de 250 horas, das quais 180 horas serão de contacto, o que corresponde a 10 ECTS.

Neste módulo pretende-se **definir os problemas prioritários** que necessitem de intervenção, de acordo com os resultados do diagnóstico de situação e **elaborar pelo menos um projecto de intervenção** e avaliação de acordo com as necessidades detectadas no módulo anterior, com o objectivo de actuar aos cinco níveis de prevenção.

Após detectadas as necessidades em saúde da população estudada, são definidas as prioridades e traçado o planeamento do projecto de intervenção, estabelecendo objectivos e metas e traçando indicadores para posterior avaliação.

### **Objectivos gerais**

- I. Definir as prioridades relativamente aos problemas/ necessidades identificados no módulo I do estágio.
- II. Desenvolver conhecimentos e competências no âmbito do planeamento em saúde, na fase de intervenção comunitária.
- III. Elaborar projectos de intervenção de acordo com os problemas de saúde prioritários da população definida.

### **Objectivos específicos/ Actividades**

- i. Determinar prioridades relativamente aos problemas identificados no diagnóstico de situação:
  - ✓ Utilizando o Consenso de Peritos.
- ii. Planear um projecto de intervenção direccionado de acordo com as prioridades estabelecidas:
  - ✓ Identificação e Descrição do Problema
  - ✓ Objectivos do projecto
  - ✓ Estratégia e sua justificação
  - ✓ Impacto que se espera
  - ✓ Descrição das actividades e sua calendarização
  - ✓ Gestão e recursos
  - ✓ Orçamento
  - ✓ Previsão orçamental
- iii. Aplicar o projecto de intervenção;
- iv. Avaliar a implementação do projecto;
- v. Efectuar a apresentação dos dados;
- vi. Redigir o relatório.

### Objectivos operacionais/ Metas

❖ Que pelo menos 20% dos utentes das clínicas privadas da área da Senhora da Hora com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* participem nas acções de educação para a saúde (EPS).

### Indicadores:

#### Indicador de resultado

➤ % de utentes das clínicas privadas da área da Senhora da Hora com Diabetes *Mellitus* que adquiriram conhecimentos acerca do tema da EPS.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Diabetes } \textit{Mellitus} \text{ que adquiriram conhecimentos}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Diabetes } \textit{Mellitus} \text{ que não apresentavam conhecimentos}} \times 10^2$$

#### Indicador de actividade

➤ % de utentes das clínicas privadas da área da Senhora da Hora com Diabetes *Mellitus* que participaram nas EPS.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Diabetes } \textit{Mellitus} \text{ que participaram nas EPS}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com Diabetes } \textit{Mellitus} \text{ convocados}} \times 10^2$$

### 2.3 – Módulo III

O terceiro módulo de estágio é considerado opcional, podendo ser desenvolvido de acordo com o projecto profissional do aluno.

Este módulo irá decorrer entre 28 de Novembro de 2011 e 11 de Fevereiro de 2012, com um total de 250 horas, das quais 180 horas serão de contacto, o que corresponde a 10 ECTS.

Considerando que a minha experiência profissional decorreu em contexto de cuidados de saúde diferenciados, tenho consciência da necessidade de estar ao corrente das práticas actuais em contexto de cuidados de saúde primários, uma vez que estes têm vindo a sofrer alterações estruturais e importantes ao longo dos últimos anos.

Com este módulo de estágio, pretendo actuar ao nível da saúde familiar, inteirando-me ao mesmo tempo, da forma como estão a ser abordados os vários programas de saúde, numa USF.

Foram traçados os objectivos gerais e específicos para este módulo de estágio:

#### **Objectivos gerais**

- I. Actualizar os conhecimentos na área de aplicação dos diversos Programas de Saúde, numa USF.
- II. Adquirir competências na área de actuação da saúde familiar.
- III. Adquirir competências na elaboração de projectos de intervenção.

#### **Objectivos específicos/ Actividades**

- i. Participar em consultas, programadas no âmbito de programas de vigilância e promoção da saúde, na USF.
- ii. Actualizar conhecimentos no âmbito do Programa Nacional de Vacinação;

iii. Elaborar um projecto de intervenção de acordo com a área escolhida:

- ✓ Planear o projecto de intervenção;
- ✓ Aplicar o projecto de intervenção;
- ✓ Avaliar a implementação do projecto;
- ✓ Efectuar a apresentação dos resultados;
- ✓ Redigir o relatório.

### **3 – Cronograma de Estágio**

Foi construído o cronograma de estágio, considerando as actividades previstas para cada módulo, tentando prever, na medida do possível, a execução das actividades (Anexo II).

#### **4 – Conclusão**

Os cuidados de saúde primários são a base do sistema de saúde português, implicando que os profissionais que actuam nesta área adquiram um nível de conhecimentos e de intervenção muito abrangentes, não só ao nível dos cuidados curativos, mas principalmente ao nível da promoção da saúde e prevenção de doenças, procurando capacitar os cidadãos para a procura de comportamentos promotores de saúde.

A Enfermagem, como profissão que busca actuar considerando o ser humano como um todo holístico, abarca ao seu cuidado não só o indivíduo, mas também a família e comunidade, sendo neste nível que se insere a especialização em Enfermagem Comunitária, procurando influenciar positivamente a população na procura do projecto de saúde.

Considerando que a minha área de exercício profissional são os cuidados de saúde diferenciados, torna-se um desafio o desenvolvimento de competências na área dos cuidados de saúde primários. Contudo, antes de sentir como um entrave, considero que seja uma mais-valia, podendo integrar os conhecimentos previamente adquiridos e encontrar novas formas de actuação.

## **Bibliografia**

LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto. D.R. I Série. 195 (90-08-24) 3452-3459.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

MATOSINHOS, Câmara Municipal – Freguesias. [Consult. em 5 Abr. 2011]. Disponível na [http://www.cm-matosinhos.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=9699](http://www.cm-matosinhos.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=9699).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos**. Lisboa, 2001.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. ISBN 972-675-109-8. Vol. 2

TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde - Cadernos de Formação nº2, 1992.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**. Lisboa, 2008. [Consult. em 18 Abr. 2011]. Disponível na <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013262.pdf>.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES, **Diabetes, Factos e Números 2010: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal**. Lisboa, 2010. [Consult. em 18 Abr. 2011]. Disponível na <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&access=0>.

**Anexos**

**Anexo I - Objectivos e Competências do Enfermeiro Especialista.**

De acordo com o Guia de Estágio, os Objectivos e Competências a desenvolver pelo Enfermeiro Especialista, são:

**Objectivos Gerais:**

Com o presente Estágio pretende-se que o aluno demonstre:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz 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.

**Objectivos Específicos:**

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para

audiências especializadas;

7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;

25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EEC
28. Promover a formação em serviço na área de EEC;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

**Anexo II – Cronograma de Estágio**



## **ANEXO II**

### **Formulário de colheita de dados**

**Projectos de Enfermagem:**  
**Diabetes Desafio para o Novo Milénio/ PrEGERET**  
***Formulário de caracterização dos Diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora***

## **1. Enquadramento**

Com o questionário que se apresenta de seguida procede-se à colheita de dados que integrará a caracterização da população-alvo da área de influência da UCC.

A finalidade será constituir evidência acerca das necessidades de aprendizagem sobre a gestão e adesão ao regime terapêutico dos diabéticos.

Este questionário permite identificar:

- Diabéticos inscritos nas clínicas da freguesia da Senhora da Hora
- Diabéticos com gestão do regime terapêutico ineficaz
- Necessidades de aprendizagem
- Fontes de procura de informação.

## **2. Objectivos**

Os objectivos deste questionário são caracterizar a percepção dos diabéticos relativamente a:

- Necessidades de aprendizagem e suporte;
- De que forma estas necessidades estão a ser satisfeitas;
- Fontes de informação.

## **3. Metodologia**

A metodologia escolhida será a quantitativa, através do uso de um formulário a ser aplicado pelos enfermeiros.

N.º de Inquérito: \_\_\_\_\_

**1- Local de contacto:**

1  Domicílio

2  Recusa

\_\_\_\_\_ **I - Caracterização Socio-demográfica** \_\_\_\_\_

**2- Sexo:**

1  Feminino

2  Masculino

**3- Idade** \_\_\_\_\_

**4- Nível de Escolaridade:**

1  Nenhum

2  Não sabe ler nem escrever;

3  Sabe ler e escrever sem qualquer grau de ensino;

4  1º ciclo ensino básico;

5  2º ciclo ensino básico;

6  3º ciclo ensino básico;

7  Ensino secundário;

8  Ensino médio/ tecnológico;

9  Bacharelato/Licenciatura;

10  Mestrado/Doutoramento.

**5- Estado civil:**

1  Casado(a)

2  Solteiro(a)

3  Viúvo(a)

4  Divorciado(a)

**6- Profissão:** \_\_\_\_\_

**7- Tipo de Família:**

1  Nuclear

2  Unipessoal/Unitária

3  Monoparental

4  Alargada

5  Reconstruída

6  Outras

**II – Caracterização Clínica**

**8- Tensão arterial (mmHg):**

- 1  <130-80mmhg
- 2  ≥ 130-80mmhg
- 3  Não sabe/ Não é possível Avaliar

**9- Frequência Cardíaca (p/min), em repouso:**

- 1  <60 bpm
- 2  60-100 bpm
- 3  > 100 bpm

**10- Glicemia Capilar:** valor mais recente dos últimos sete dias (mg/dl)

10.1 <input type="checkbox"/> Jejum	10.2 <input type="checkbox"/> Pós-pandrial	10.3 <input type="checkbox"/> Pré-pandrial
1 <input type="checkbox"/> <108 mg/dl	1 <input type="checkbox"/> <140 mg/dl	1 <input type="checkbox"/> <135 mg/dl
2 <input type="checkbox"/> >108- 126 mg/dl	2 <input type="checkbox"/> >140-180 mg/dl	2 <input type="checkbox"/> >135-180 mg/dl
3 <input type="checkbox"/> >126-180 mg/dl	3 <input type="checkbox"/> >180- 250 mg/dl	3 <input type="checkbox"/> >180- 250 mg/dl
4 <input type="checkbox"/> >180- 250 mg/dl	4 <input type="checkbox"/> > 250-350 mg/dl	4 <input type="checkbox"/> > 250-350 mg/dl
5 <input type="checkbox"/> > 250-350 mg/dl	5 <input type="checkbox"/> > 350-450 mg/dl	5 <input type="checkbox"/> > 350-450 mg/dl
6 <input type="checkbox"/> > 350-450 mg/dl	6 <input type="checkbox"/> > 450 mg/dl	6 <input type="checkbox"/> > 450 mg/dl
7 <input type="checkbox"/> > 450 mg/dl	7 <input type="checkbox"/> Não sabe	7 <input type="checkbox"/> Não sabe
8 <input type="checkbox"/> Não sabe		

**11- Peso Corporal (kg):** \_\_\_\_\_ 11.1  Não sabe

**12- Altura (cm):** \_\_\_\_\_ 12.1  Não sabe

**13-IMC:** 1  <18,5

2  18,5-24,9

3  25-29,9

4  30-39,9

5  ≥ 40

6  Não foi possível avaliar

**14- Perímetro abdominal (cm):**

14.1) <input type="checkbox"/> Homem	14.2) <input type="checkbox"/> Mulher
1 <input type="checkbox"/> <94 cm	1 <input type="checkbox"/> < 80 cm
2 <input type="checkbox"/> ≥ 94-102 cm	2 <input type="checkbox"/> ≥ 80-88 cm
3 <input type="checkbox"/> > 102 cm	3 <input type="checkbox"/> > 88 cm

**15- Ano de Diagnóstico da doença:**

- 1  <5 anos
- 2  Entre 5 a 10 anos
- 3  > 10 anos
- 4  Não sabe

**16-Classificação da Diabetes:**

- 1  Tipo 1
- 2  Tipo 2
- 3  Gestacional
- 4  Outros tipos \_\_\_\_\_

**17- Hba1c no último ano:**

HbA1c	HbA1c
1 <input type="checkbox"/> 4%	6 <input type="checkbox"/> 9%
2 <input type="checkbox"/> 5%	7 <input type="checkbox"/> 10%
3 <input type="checkbox"/> 6%	8 <input type="checkbox"/> 11%
4 <input type="checkbox"/> 7%	9 <input type="checkbox"/> 12%
5 <input type="checkbox"/> 8%	10 <input type="checkbox"/> Não sabe

**III – Antecedentes Pessoais:** \_\_\_\_\_

**18-Para além de diabetes teve alguma das seguintes doenças:**

- 1  Doenças infecciosas e parasitárias
- 2  Tumores [Neoplasias]
- 3  Doenças do sistema nervoso
- 4  Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e algumas alterações do sistema imunitário
- 5  Doenças do aparelho Respiratório
- 6  Doenças do aparelho Circulatório
- 7  Doenças dos olhos e anexos
- 8  Doenças do aparelho geniturinário
- 9  Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
- 10  Perturbações Mentais e do Comportamento
- 11  Doenças do ouvido
- 12  Outras doenças \_\_\_\_\_
- 13  Não sabe
- 14  Não teve

**18.1- Alguns dos antecedentes pessoais referidos anteriormente interferem com o facto de:**

<b>18.1.1 – Tomar a medicação?</b>	<b>18.1.2 – Seguir o exercício?</b>	<b>18.1.3 – Seguir a dieta?</b>
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

**19- É fumador?**

- 1  Sim  
2  Não  
3  Ex-fumador

**19.1.1- Se sim quantos cigarros fuma por dia?**

- 1  1-10 cigarros  
2  11-20 cigarros  
3  21-30 cigarros  
4  31-40 cigarros  
5  > 40 cigarros

**20- Vacina anti-tetânica actualizada:**

- 1  Sim  
2  Não  
3  Não sabe

**21- Apresenta complicações da doença:**

- 1  Sim  
2  Não  
3  Não sabe

**21.1.1- Se sim, quais:**

- 1  Nefropatia  
2  Neuropatia  
3  Amputação  
4  Retinopatia  
5  Doença Coronária e Cerebrovascular (DCV)  
6  Não sabe

**IV – Gestão do Regime Terapêutico e Necessidades de Suporte**

**22- Quem faz a gestão do seu regime terapêutico?**

- 1  O próprio (passar para a questão 24)  
2  O cuidador **22.2.1 Quem é o cuidador?** \_\_\_\_\_ (passar para a questão 25)  
3  O próprio com ajuda

**23-Se necessita de ajuda para cumprir o tratamento prescrito, quem o ajuda?**

- 1  Familiar
- 2  Amigo/Vizinho
- 3  Profissional de Saúde
- 4  Outros profissionais
- 5  Outro(s)

**23.1.- Em que áreas:**

- 1  Toma de medicação oral
- 2  Toma de medicação injectável
- 3  Vigilância da glicemia
- 4  Vigilância dos pés
- 5  Alimentação
- 6  Exercício físico
- 7  Outra (s) \_\_\_\_\_

**24- Acha que controla bem a sua doença? (deve responder a esta pergunta se for o próprio a gerir o regime ou se necessitar de ajuda)**

- 1  Sim
- 2  Não **24.1.1- Se não porquê?**

- 1  Falta de Conhecimentos
- 2  Falta de Motivação
- 3  Falta de suporte
- 4  Outros \_\_\_\_\_

**25- Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou tratamento?**

- 1  Sim
- 2  Não

**25.1-Se sim, o que o assusta?** \_\_\_\_\_

**26- Sabe os valores de referência da:**

26.1 Hipoglicemia	26.2 Hiperglicémia
1 <input type="checkbox"/> Sim	1 <input type="checkbox"/> Sim
2 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Não

**27- Quando tem hipoglicemia o que faz?**

- 1  Ingere 2 pacotes de açúcar (ou 3 a 4 colheres de açúcar de chá), passados 3 a 5 minutos avalia novamente a glicemia capilar e se necessário repete a ingestão de açúcar e ingere refeição com hidratos de carbono
- 2  Outro procedimento
- 3  Não faz nada
- 4  Nunca teve

**28- Quando tem hiperglicemia o que faz?**

- 1  Toma mais medicação
- 2  Procura o médico de família
- 3  Vai à urgência
- 4  Administra insulina prescrita
- 5  Não faz nada
- 6  Nunca teve

**29- Costuma esquecer-se de ir às consultas?**

- 1  Sim
- 2  Não

**30- Faz exame aos olhos anualmente?**

- 1  Sim
- 2  Não

**31- Faz exame à urina anualmente?**

- 1  Sim
- 2  Não

**32- Faz exame ao sangue:**

- 1  De 3 em 3 meses
- 2  De 4 em 4 meses
- 3  Outro espaço de tempo \_\_\_\_\_
- 4  Não faz

*(Responda às seguintes questões tendo em conta os seus hábitos nas últimas 4 semanas)*

**V- Regime Medicamentoso:** \_\_\_\_\_

**33- Toma antidiabéticos orais?**

- 1  Sim
- 2  Não

**33.1.1- Se sim, qual (ais)?** \_\_\_\_\_

**34- Tem dificuldade na toma de medicamentos?**

- 1  Sim
- 2  Não

**34.1.1- Se sim, qual (ais) o (s) motivo (s):**

- 1  Esquecimento
- 2  Limitações físicas
- 3  Confusão
- 4  Motivação
- 5  Outro (s) \_\_\_\_\_

**35- Administra Insulina?**

- 1  Sim
- 2  Não

**35.1- Se sim, qual (ais)?**

- 1-  Acção Rápida
- 2-  Acção Intermédia
- 3-  Acção Lenta
- 4-  Acção Lenta e Rápida

**36- Muda o local de administração de insulina?**

- 1  Sim
- 2  Não

**37-Quantas vezes administra insulina por dia?**

- 1  1 vez
- 2  2 vezes
- 3  3 vezes
- 4   $\geq$  4 vezes

**38- Tem dificuldade em gerir a administração de insulina?**

- 1  Sim
- 2  Não

**38.1.1- Se sim, qual (ais) o (s) motivo (s):**

- 1  Dificuldade na técnica de administração
- 2  Dor
- 3  Contagem das unidades
- 4  Troca das agulhas
- 5  Troca da recarga
- 6  Falta de Motivação
- 7  Outro (s) \_\_\_\_\_

**39- Sente efeitos secundários devido à medicação?**

- 1  Sim
- 2  Não    **39.1.1- Se sim quais?** \_\_\_\_\_

**39.1.2- Estes efeitos fazem com que queira parar de tomar a medicação?**

- 1  Sim
- 2  Não

**VI – Alimentação:** \_\_\_\_\_

**40- Reconhece vantagens na prática de uma alimentação adequada na Diabetes?**

- 1  Sim
- 2  Não

**41- Quantas refeições faz por dia?**

- 1  1 refeição
- 2  2-3 refeições
- 3  4-5 refeições
- 4   $\geq$  6 refeições

**42- O intervalo entre as refeições é superior a 3 horas?**

- 1  Sim
- 2  Não

**43- O período noturno em jejum é superior a 8 horas?**

1  Sim

2  Não

**44- Come legumes e vegetais nas principais refeições?**

1  Sempre

2  Às vezes

3  Nunca

**45- Inicia o almoço ou o jantar com uma sopa de legumes?**

1  Sempre

2  Às vezes

3  Nunca

**46- O que contém a sopa que ingere?**

1  Só legumes

2  Legumes e batata

3  Legumes, batata e massa/arroz

**47- Quantas peças de fruta ingere por dia?**

1  Nenhuma (passar para a questão 50)

2  1 peça de fruta

3  2-3 peças de fruta

4  4-5 peças de fruta

5  ≥ 6 peças de fruta

**48- Se ingere fruta, em que período(s) do dia o faz?**

1  A meio da manhã

2  Ao lanche

3  Como sobremesa

4  Outro: \_\_\_\_\_

**49- Fora das principais refeições acompanha a fruta com hidratos de carbono de absorção lenta (exemplo: pão/bolachas integrais, etc)?**

1  Sempre

2  Às vezes

3  Nunca

**50- Que tipo de comida ingere com mais frequência?**

1  Cozidos

2  Grelhados

3  Assados

4  Fritos

5  Estufados

6  Todos

**51-Quantas vezes por semana come peixe?**

- 1  1-2 vezes
- 2  3-4 vezes
- 3  5-6 vezes
- 4  Todos os dias
- 5  Não sabe

**52-Quantas vezes por semana come carne?**

- 1  1-2 vezes
- 2  3-4 vezes
- 3  5-6 vezes
- 4  Todos os dias
- 5  Não sabe

**53-Qual o tipo de carne que consome mais frequentemente:**

- 1  Carnes vermelhas
- 2  Carnes brancas

**54- Que quantidade de água/ líquidos ingere por dia (L)?**

- 1  <500 ml
- 2  500 a < 1000 ml
- 3  1000 a 1500 ml
- 4  > 1500 ml

**55- Ingere refrigerantes?**

Nunca	Apenas em ocasiões especiais	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	2	3	4	5

**56- Ingere bebidas alcoólicas diariamente?**

- 1  Sim
- 2  Não

**56.1- Se sim que quantidade (ml)? \_\_\_\_\_**

- 1  <250ml
- 2  250ml a 500 ml
- 3  500ml a 1000 ml
- 4  > 1000 ml

**57- Costuma ingerir açúcar ou adoçante?**

- 1  Açúcar
- 2  Adoçante
- 3  Nenhum
- 4  Ambos

**57.1- Se ingere açúcar, qual a quantidade?**

Muito Pouco	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**57.2-Se Ingere adoçante, qual o tipo?**

- 1  Adoçante calórico
- 2  Adoçante não calórico
- 3  Não sabe

**58- Come bolos ou doces?**

Nunca	Apenas em ocasiões especiais	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	2	3	4	5

**59-Sente dificuldade (s) em seguir a dieta recomendada?**

- 1  Sim
- 2  Não **59.1- Se sim, qual (ais)?** \_\_\_\_\_
  - 1  Não tem dinheiro
  - 2  Falta de tempo
  - 3  Falta de motivação
  - 4  Outro

**VII – Exercício Físico:** \_\_\_\_\_

**60-Reconhece vantagens na prática de exercício físico na diabetes?**

- 1  Sim
- 2  Não

**61-Pratica exercício físico:**

- 1  Sim
- 2  Não (passar para a pergunta 61.2.1)

**61.1.1-Se Sim, quantas vezes por semana?**

- 1  1-2 vezes
  - 2  2-3 vezes
  - 3  3-4 vezes
  - 4  ≥ 5 vezes
- 61.1.2-Que tipo de exercício físico?**
- 1  Caminhada

- 2  Natação
- 3  Hidroginástica
- 4  Corrida
- 5  Outro \_\_\_\_\_

**61.1.3.-Qual a duração de cada período de exercício físico? \_\_\_\_\_**

1  <30 minutos

2  30- 1h

3  > 1h

**61.2.1- Se não, porquê?**

1  Não tem companhia

2  Não tem motivação

3  Tem limitações físicas

4  Não tem dinheiro

5  Falta de tempo

6  Tem vergonha da sua aparência

7  Outra(s) \_\_\_\_\_

---

**VIII – Vigilância**

**62- Vigia a glicemia capilar?**

1  Sim

2  Não

**62.2.1- Se não, qual o motivo?**

1  Não sabe qual a sua importância

2  Não tem glucómetro

3  Não sabe funcionar com o glucómetro

4  Não sabe interpretar o valor

5  Tem medo de se picar

6  Não se sente motivado

7  Falta de tempo

8  Outro (s) \_\_\_\_\_

9  Todos

**62.1.1.- Se sim, a vigilância da glicemia capilar é feita:**

1  Pelo próprio

2  Pelo prestador de cuidados

3  Pelo profissional de saúde

4  Outro \_\_\_\_\_

**63- Nos casos em que faz vigilância da glicemia capilar:**

**63.1- Quantas vezes/ semana realiza a monitorização da glicemia capilar?**

1  Nenhuma

2  1-2 vezes

3  3-4 vezes

4  ≥ 5 vezes

**63.2-Em que momento (s) do dia realiza a monitorização da glicemia:**

- 1  Jejum
- 2  Pré-prandial
- 3  Pós-prandial
- 4  Outros(s) \_\_\_\_\_

**63.3-Em que zona do corpo executa a picada?**

- 1  Dedos das mãos (extremidade central)
- 2  Dedos das mãos (extremidade lateral)
- 3  Outro (s) \_\_\_\_\_

**63.4- Muda o local de punção com frequência?**

- 1  Sim
- 2  Não (pica sempre no mesmo local)

**63.5- De quanto em quanto tempo troca a agulha da punção?**

Após cada picada	Todos os dias	Duas a três vezes por semana	Uma vez por semana	Nenhuma vez durante uma semana
1	2	3	4	5

**63.6-Tem cuidado em ajustar o código das tiras de glicemia sempre que troca de caixa?**

- 1  Sim
- 2  Não
- 3  Não é necessário

**63.7-Conhece o valor de referência da glicemia em jejum?**

- 1  Sim
- 2  Não

**63.8-Conhece o valor de referência da glicemia pós-prandial?**

- 1  Sim
- 2  Não

**64- Faz vigilância do pé?**

- 1  Sim
- 2  Não

**64.2.1- Se não, qual (ais) o (s) motivo (s)?**

- 1  Não considera importante
- 2  Não tem tempo
- 3  Não sabe avaliar
- 4  Falta de ajuda
- 5  Falta de motivação
- 6  Outro (s) \_\_\_\_\_

<b>65- Cuidados aos pés</b>	<b>1 Sim</b>	<b>2 Não</b>
65.1- Inspecciona os pés diariamente, incluindo a área entre os dedos?		
65.2- Lava regularmente os pés secando cuidadosamente, especialmente entre os dedos?		
65.3- Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene?		
65.4- Anda descalço?		
65.5- Calça sapatos sem meias?		
65.6- Utiliza calçadas?		
65.7- Aplica creme hidratante nos pés?		
65.8- Utiliza meias com a costura para fora ou sem costura?		
65.9- Corta as unhas a direito?		
65.10- Lima as unhas com lima de cartão?		
65.11- Usa fontes de calor para aquecer os seus pés?		
65.12- Usa palmilhas ou suportes plantares?		

**66- O seu pé é examinado anualmente por um profissional de saúde?**

- 1  Sim
- 2  Não
- 3  É avaliado num período de tempo maior
- 4  É avaliado num período de tempo menor
- 5  Nunca foi avaliado

## IX – Vigilância do Pé

67- Calçado adequado: 1  Sim 2  Não

68- Deformação ou proeminência óssea: 1  Sim 2  Não

69- Pulso pedioso ou tibial posterior:

69.1- Pé Direito	69.2- Pé Esquerdo
1 <input type="checkbox"/> Presente e Normal	1 <input type="checkbox"/> Presente e Normal
2 <input type="checkbox"/> Presente e Diminuído	2 <input type="checkbox"/> Presente e Diminuído
3 <input type="checkbox"/> Ausente	3 <input type="checkbox"/> Ausente

70- Sensibilidade:

70.1-À pressão Pé Direito	70.2-Táctil Pé Direito	70.3-À pressão Pé Esquerdo	70.4-Táctil Pé Esquerdo
1 <input type="checkbox"/> Protectora	1 <input type="checkbox"/> Protectora	1 <input type="checkbox"/> Protectora	1 <input type="checkbox"/> Protectora
2 <input type="checkbox"/> Não Protectora	2 <input type="checkbox"/> Não Protectora	2 <input type="checkbox"/> Não Protectora	2 <input type="checkbox"/> Não Protectora

71- Temperatura do pé:

Pé Direito	Pé Esquerdo
1 <input type="checkbox"/> Normal	1 <input type="checkbox"/> Normal
2 <input type="checkbox"/> Aumentada	2 <input type="checkbox"/> Aumentada
3 <input type="checkbox"/> Diminuída	3 <input type="checkbox"/> Diminuída

72- Coloração:

Pé Direito	Pé Esquerdo
1 <input type="checkbox"/> Normal	1 <input type="checkbox"/> Normal
2 <input type="checkbox"/> Cianosada	2 <input type="checkbox"/> Cianosada

73- Queratoses: 1  Presentes 2  Ausentes

74- Micoses: 1  Presentes 2  Ausentes

75- Perda da mobilidade articular: 1  Sim 2  Não

76- Úlcera Anterior ou actual: 1  Sim 2  Não

77- Amputação: 1  Sim 2  Não

\_\_\_\_\_ X – Recursos da Comunidade \_\_\_\_\_

**78- Onde recorre para a vigilância da sua Diabetes?**

- 1  Médico de Família
- 2  Enfermeiro de Família
- 3  Hospital
- 4  Outro    **78.1-Qual?** \_\_\_\_\_

**79- Confia naquilo que o seu profissional de saúde lhe diz:**

**79.1- Médico de família**

- 1  Sim
- 2  Não

**79.2- Enfermeiro de família**

- 1  Sim
- 2  Não
- 3  Não tem

**80- Tem algum apoio na sua comunidade?**

- 1  Sim
- 2  Não

**80.1.1- Se sim qual?** \_\_\_\_\_

**81- Se for criado um grupo de apoio para os diabéticos na comunidade, gostaria de integrar esse grupo?**

- 1  Sim
- 2  Não

**82-Já frequentou algumas sessões de educação para a saúde em grupo?**

- 1  Sim
- 2  Não

**82.2.1- Se não, gostaria de participar?**

- 1  Sim
- 2  Não

**83- Tem conhecimento de que existem associações protectoras de diabéticos em Portugal?**

- 1  Sim
- 2  Não

\_\_\_\_\_ **XI - Fontes de Informação** \_\_\_\_\_

**84- Quais são as fontes de informação sobre a sua doença?**

1  Livros

2  Televisão

3  Familiares

4  Enfermeiro

5  Médico

6  Outros Doentes

7  Outros \_\_\_\_\_

-----

**N.º de Inquérito:** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

NOP: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

## **ANEXO III**

### **Projeto de Intervenção**

*“Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos”*



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

## *Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos*

**Projecto de Intervenção Comunitária**

***Ana Sofia Cardoso Valente Tomé***

**Aluna nº 361610056**

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Norminda Magalhães

**Tutora:** Enf.<sup>a</sup> Raquel Azevedo

**Porto, Outubro de 2011**

*Recomeça....  
Se puderes  
Sem angústia  
E sem pressa.  
E os passos que deres,  
Nesse caminho duro  
Do futuro  
Dá-os em liberdade.  
Enquanto não alcances  
Não descanses.  
De nenhum fruto queiras só metade.*

*E, nunca saciado,  
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.  
Sempre a sonhar e vendo  
O logro da aventura.  
És homem, não te esqueças!  
Só é tua a loucura  
Onde, com lucidez, te reconheças...*

*Miguel Torga*

## ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AES – Acção de educação para a saúde

APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

CSSH – Centro de Saúde da Senhora da Hora

DGS – Direcção-Geral da Saúde

IDF – *International Diabetes Federation*

IWGDF – *International Working Group on Diabetic Foot*

Nº - número

OMS – Organização Mundial da Saúde

OND – Observatório Nacional da Diabetes

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora

UCESH – Unidade de Cuidados de Enfermagem Senhora da Hora

ULS – Unidade Local de Saúde

## ÍNDICE

0 – Introdução.....	8
1 – Fundamentação do Projecto.....	12
1.1 – Âmbito e Pertinência.....	15
1.2 – Justificação do Problema Prioritário.....	16
1.3 – Tendência do Problema.....	21
2 – Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos.....	22
2.1 – Modelo de análise.....	23
2.2 - Projecto: “Vamos Proteger os Pés dos Diabéticos”.....	25
2.2.1 – População-alvo.....	26
2.2.2 – Objectivo geral.....	26
2.2.3 – Objectivos específicos.....	26
2.2.4 – Objectivos operacionais/ metas.....	27
2.2.5 – Indicadores de processo.....	28
2.2.6 – Indicadores de resultado.....	29
2.2.7 – Estratégias.....	29
2.2.8 – Actividades.....	29
2.2.9 – Avaliação.....	30
2.3 – Feira da Saúde: Comemoração do Dia Mundial da Diabetes..	30
2.3.1 – População-alvo.....	31
2.3.2 – Objectivo geral.....	31
2.3.3 – Objectivos específicos.....	31
2.3.4 – Objectivos operacionais/ metas.....	32
2.3.5 – Indicadores de processo.....	32
2.3.6 – Estratégias.....	33
2.3.7 – Actividades.....	33
2.3.8 – Avaliação.....	34
2.4 – Exame e Avaliação dos Pés dos Diabéticos.....	34
2.4.1 – População-alvo.....	35
2.4.2 – Objectivo geral.....	35

2.4.3 – Objectivos específicos.....	35
2.4.4 – Objectivos operacionais/ metas.....	36
2.4.5 – Indicadores de processo.....	36
2.4.6 – Indicadores de resultado.....	37
2.4.7 – Estratégias.....	37
2.4.8 – Actividades.....	37
2.4.9 – Avaliação.....	38
3 – Cronograma.....	39
4 – Considerações Finais.....	40
Referências Bibliográficas.....	43

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – As etapas do processo de planeamento da saúde adaptadas ao projecto de intervenção “Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos” .....	13
<b>Figura 2</b> – Modelo de análise do projecto de intervenção “Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos” .....	24

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1 – Cronograma.....</b>	<b>39</b>
-----------------------------------	-----------

## **0 – Introdução**

O pé diabético é uma realidade cuja resolução está envolta em dúvidas e incertezas, levando a que muitas vezes se pense que pode ser uma inevitabilidade na vida de um diabético.

Em Portugal, todos os anos, algumas centenas de pessoas são internadas com o diagnóstico de pé diabético e muitos destes casos acabam em amputações dos membros inferiores.

Sendo uma situação que acarreta um sofrimento humano difícil de contabilizar nas pessoas com Diabetes e seus familiares, implica também largos investimentos e grandes esforços de índole profilática e terapêutica, dirigidos especialmente para o combate desta doença e suas complicações.

Apesar destes investimentos, os pesados dispêndios no campo da investigação científica não alcançaram ainda os fins pretendidos. Campanhas sucessivas dirigidas à população de risco não atingiram igualmente os objectivos programados.

Na verdade, o problema do pé diabético permanece ainda entre nós, afectando seriamente a qualidade de vida dos diabéticos e suas famílias, constituindo uma preocupação a nível nacional cuja resolução não parece estar ainda à vista.

Os factos mencionados são conhecidos, preocupantes e justificam a necessidade de reforço do envolvimento de todos quantos se ocupam das diversas vertentes deste problema de saúde pública, envolvendo estratégias aos vários níveis de prevenção.

O estudo da diabetes e das suas complicações tem a necessidade de ser multidisciplinar, a vertente sociológica e comportamental deve ser aprofundada, não se podendo reduzir o estudo e o tratamento desta patologia aos

conhecimentos baseados na tradicional abordagem biomédica, maioritariamente orientada para tratar sinais e sintomas.

Uma das múltiplas complicações da Diabetes Mellitus é o pé diabético, as estatísticas nacionais revelam ser o principal motivo de ocupação prolongada das camas hospitalares pelas pessoas com diabetes e responsável por 70% de todas as amputações efectuadas por causas não traumáticas. O valor máximo das amputações na última década foi registado no ano de 2004 (OND, 2010; DGS, 2011a).

Consideramos que um dos meios mais eficazes na luta contra a problemática do pé diabético é a aposta em estratégias de educação, a par de campanhas de informação clara e orientada.

Neste sentido, foi realizado um Diagnóstico de Saúde, em Maio e Junho de 2011, para obter os problemas e necessidades dos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora e posteriormente foi efectuada a definição das prioridades tendo em conta os problemas/ necessidades encontrados.

O estudo consistiu num inquérito por questionário no domicílio, aplicado numa amostra de conveniência, constituída por 63 diabéticos, com idades compreendidas entre os 32 e 85 anos (média de 63,22), que acedem aos serviços de saúde em clínicas privadas da Senhora da Hora, nomeadamente às consultas médicas, para obter cuidados de saúde no âmbito da prevenção primária.

Tínhamos como objectivo inteirar-nos até que ponto a informação transmitida sobre a temática “Diabetes” é suficiente e adequada para os utentes destas clínicas, espelhada nos seus comportamentos nas várias áreas, nomeadamente na vigilância dos pés.

A análise dos resultados do nosso diagnóstico de saúde indicou que os inquiridos tinham como principais receios relativamente à Diabetes a amputação e a cegueira. Apesar de terem algumas informações em relação aos riscos associados à Diabetes, reconhecemos comportamentos inadequados com os pés, considerados contributos para o aumento do risco de ulceração: 46% dos utentes

usam sapatos sem meias e 17,5% andam descalços. Ao ser efectuada a vigilância dos pés no momento da entrevista, observou-se que apenas 63,5% dos utentes usavam calçado adequado. Na globalidade (79,4%) da amostra não é efectuada a vigilância anual dos pés por um profissional de saúde e 81% referiu não conhecer o seu enfermeiro de família.

Perante estes resultados, a vigilância e cuidados aos pés dos diabéticos revelou-se uma necessidade prioritária e tornou-se a base deste projecto de intervenção, com o qual pretendemos delinear a nossa actuação no sentido de dar resposta ao problema «a desinformação em relação à vigilância do pé». Foram identificados pontos-chave sobre os quais necessitamos de nos centrar:

- ❖ A falta de informação sobre os riscos no pé diabético;
- ❖ A falta de informação sobre os cuidados a ter com os pés;
- ❖ A falta de informação sobre os recursos de saúde disponíveis na comunidade.

Impõe-se uma projecção fundamentada das actividades a desenvolver, apoiadas nos objectivos e indicadores traçados previamente, que nos permitirão efectuar a avaliação da execução deste projecto.

O projecto encontra-se estruturado em quatro partes lógicas:

Num primeiro momento, abordaremos o âmbito e pertinência do projecto de intervenção, assim como a justificação do problema prioritário e a tendência desse mesmo problema, servindo de orientação e fundamentação da realização do presente projecto.

A segunda parte refere-se globalmente à problemática da vigilância e cuidados aos pés dos diabéticos, apresentando um modelo de análise com as vertentes abordadas e os projectos que serão concretizados para dar resposta ao problema, nomeadamente o projecto “Vamos proteger os pés dos Diabéticos”, a organização de uma feira da saúde e o projecto que prevê o exame e avaliação dos pés dos diabéticos. Relativamente a cada projecto serão apresentados os objectivos traçados, assim como os indicadores, estratégias e actividades previstas.

No terceiro capítulo aproveitaremos para tentar prever alguns recursos necessários e possíveis barreiras à realização do projecto.

No final, iremos tecer algumas considerações acerca do presente projecto de intervenção e expectativas futuras.

## **1 – Fundamentação do Projecto**

O objectivo do planeamento em saúde é a modificação consciente de determinada situação, implicando uma mudança social dirigida, nomeadamente ao nível dos hábitos de saúde, na utilização dos serviços e nas atitudes e comportamentos da população, estando patente nos diversos Programas Nacionais de Saúde que foram elaborados.

Imperatori e Giraldes (1993) definem o planeamento da saúde como sendo a utilização racional dos recursos, que são escassos, no sentido de se atingir os objectivos fixados para a resolução ou redução dos problemas de saúde considerados prioritários, envolvendo uma coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.

A etapa sobre a qual nos vamos debruçar em seguida é a elaboração de um projecto de intervenção cujos destinatários são os diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora e subordinado ao tema *“Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos”*.

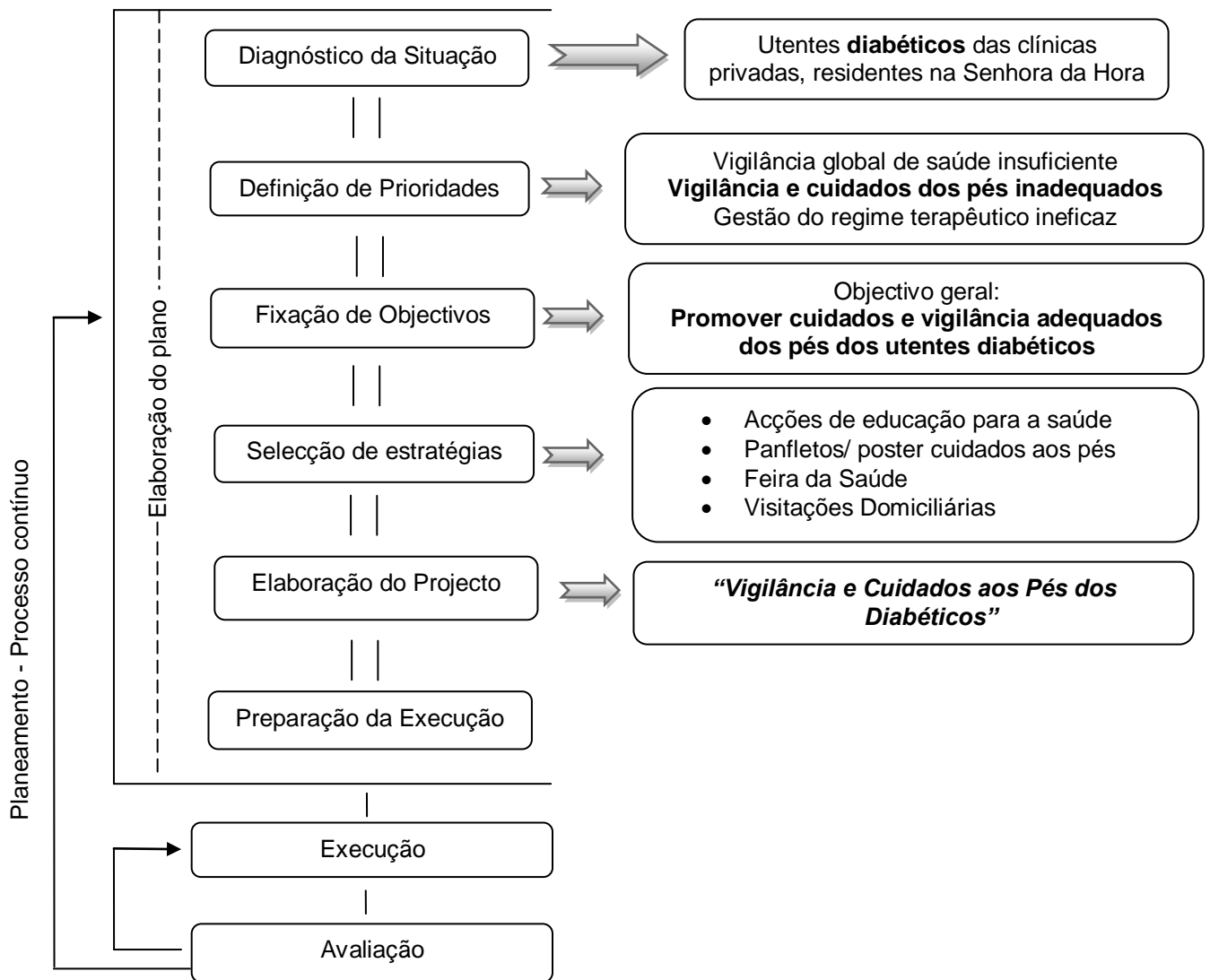
Torna-se, assim, necessário definir o que é um projecto e qual o seu enquadramento. Imperatori e Giraldes (1993) referem que projecto é *“uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”*.

O projecto difere do programa fundamentalmente no aspecto temporal, uma vez que decorre num período de tempo bem delimitado, e o programa desenvolve-se numa forma contínua ao longo do tempo.

O planeamento da saúde é um processo contínuo, composto por várias etapas interdependentes e guia a intervenção dos profissionais, quer ao nível normativo ou estratégico, quer ao nível operacional.

Para melhor compreensão deste projecto de intervenção, elaborou-se um modelo adaptado do processo do planeamento da saúde (Figura 1).

**Figura 1** – As etapas do processo de planeamento da saúde adaptadas ao projecto de intervenção “Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos”



**Adaptado:** IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do planeamento em saúde.** 3ª edição, Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa, 1993.

A primeira etapa do planeamento – Diagnóstico de Situação - foi concretizada, tendo sido detectados os problemas/ necessidades dos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora. De seguida, foi efectuada a Definição de Prioridades, tendo sido hierarquizados os problemas/ necessidades assinalados. Com a selecção dos problemas prioritários, impõe-se a realização de um projecto de intervenção que venha dar resposta no sentido da redução e/ou resolução dos mesmos.

É, pois, com base na premissa de que o planeamento em saúde visa mudanças, não só a nível do comportamento e estilos de vida de todos os indivíduos e/ou famílias de uma comunidade, como do próprio funcionamento dos serviços de saúde, que foi desenvolvido o presente projecto. Pretende-se induzir mudança nos comportamentos de prevenção e procura de saúde da população ao qual é destinado, na área definida como prioritária: vigilância e cuidados aos pés do utente diabético.

Atendendo a que o processo de planeamento é contínuo, também a mudança o será, o que reflecte uma certa complexidade. De acordo com tal pressuposto, a mudança pretendida não deve ser demasiado complexa, para que não constitua um entrave ao seu êxito. Daí, que deva estar adequada às características pessoais dos técnicos de saúde, aos métodos e técnicas utilizadas, ao valor económico da mudança proposta a aos valores socioculturais da população.

Mas, para o bom êxito de qualquer planeamento é necessário atender ao seu horizonte temporal. Este será mais ou menos longo consoante a natureza das decisões. Normalmente os planos classificam-se em curto, médio ou longo prazo, com horizontes aproximados de 1, 5 e 10 anos respectivamente. Os planos a longo prazo são de carácter geral e só traçam orientações para um futuro desejável, dados os avanços rápidos da tecnologia médica e da situação epidemiológica (por exemplo, o Plano Nacional de Saúde). Os de médio prazo são mais frequentes e mais detalhados que os anteriores, enquanto os de curto prazo contêm tudo o que é necessário para a acção, embora menos ambiciosos, pois utilizam apenas os recursos e as tecnologias disponíveis na área.

O presente projecto poderá ser considerado um plano a curto prazo, mas com um horizonte temporal limitado, estendendo-se ao longo do Módulo II e III de estágio: Fevereiro de 2012.

### **1.1 – Âmbito e Pertinência**

Este trabalho surge para dar continuidade ao diagnóstico da situação de saúde efectuado aos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, Matosinhos, durante os meses de Maio e Junho de 2011. A população consistiu em 190 utentes, tendo sido recolhidos dados de uma amostra de 63 participantes, através da aplicação de um inquérito por questionário no domicílio.

Como resultados deste diagnóstico, obtivemos conhecimento acerca dos problemas de saúde/ necessidades desta população específica, tendo sido posteriormente definida a priorização destes problemas no sentido de permitir a actuação dirigida com vista à sua redução.

Um dos problemas que foram considerados **prioritários** prende-se com a **vigilância e cuidados aos pés dos utentes diabéticos**, associados ao cálculo do risco de ulceração que estes utentes apresentaram, tendo sido consideradas **inadequadas**.

Temos consciência que ao surgir ulceração no pé de um diabético, o seu desfecho pode facilmente ser trágico se as medidas necessárias não forem tomadas atempadamente. Mas o desempenho dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, não se deve restringir à actuação quando surge o problema, mas muito mais à sua prevenção.

Assim, parece-nos pertinente que a elaboração de um projecto de intervenção nesta área específica se centre na necessidade de actuar no campo da educação das pessoas e seus familiares/ cuidadores, abrindo uma janela à

comunidade em geral, para que possam também estes tomar consciência da gravidade e abrangência do problema.

Nesta fase apontamos as estratégias essenciais para a abordagem do tema, conforme preconizado pela DGS (2011a):

- A educação da pessoa com diabetes e familiares;
- A vigilância dos utentes diabéticos nos cuidados de saúde primários, nomeadamente em consultas de Enfermagem para avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias.

## **1.2 – Justificação do Problema Prioritário**

As primeiras referências escritas feitas à Diabetes *Mellitus* remontam ao segundo milénio antes de Cristo, inscrita no papiro de Ebers encontrado no Egito, onde era referida a poliúria que a caracteriza. Contudo, o nome *diabetes* foi atribuído mais tarde na Grécia antiga e alude à polidipsia e poliúria típicas da doença. Ao longo dos séculos foram sendo descobertos os múltiplos mecanismos da doença, tendo sido no século V depois de Cristo, na Índia, que surgiu o primeiro registo da constatação do gosto doce da urina destes doentes (Almeida *et al*, 2006).

A insulina só veio a ser descoberta no século XX (por Banting e Best, em 1921), tendo sido um acontecimento que veio mudar completamente a vida das pessoas com diabetes, e resultou numa diminuição drástica das mortes por coma diabético. A maior sobrevida destes doentes veio dar ênfase a todas as complicações possíveis desta doença metabólica (*idem*).

Foi no final do século XVIII que surgiu a primeira referência a queixas dos membros inferiores, no quadro semiológico da diabetes *mellitus*, com dores e parestesias e só no final do século seguinte se associou à doença a presença de gangrena e úlcera plantar nos doentes diabéticos (*idem*).

Os mesmos autores referem-nos ainda que as complicações da diabetes localizadas no pé podem ter origem em doença macrovascular, aterosclerótica, que afectam a irrigação dos membros inferiores, ou então, numa associação de alterações vasculares, neuropáticas e infecciosas a que se denomina “pé diabético”.

O pé diabético é caracterizado por infecção, ulceração ou destruição dos tecidos profundos a nível dos pés, causados por neuropatia e agravados pela doença arterial periférica ao nível das extremidades inferiores, presente muitas vezes na pessoa com diabetes, conduzindo à redução nutricional e deficiente oxigenação dos tecidos. A infecção surge por aumento da susceptibilidade e o resultado final poderá ser a amputação (APDP, 2010).

Esta é uma complicação frequente e grave da diabetes, constituindo uma ameaça à integridade da vida, afectando seriamente a qualidade de vida da pessoa com diabetes e sendo uma causa comum de internamentos prolongados (*idem*).

A *International Diabetes Federation* (IDF, 2005) refere-nos que a prevalência estimada da diabetes ao nível global se situava nos 194 milhões de pessoas, estando previsto que este número alcance os 333 milhões em 2025. Este aumento expressivo é apontado como consequência do aumento da esperança média de vida, do estilo de vida sedentário e alterações da dieta. Com este aumento da prevalência da diabetes, aumentaram proporcionalmente o número de pessoas com complicações da diabetes, nomeadamente problemas com os pés.

Nos países desenvolvidos, estima-se que cerca de 5% das pessoas com diabetes têm úlceras nos pés e um em cada seis diabéticos desenvolverá uma úlcera no pé durante a sua vida (IDF, 2005).

*“Every 30 seconds a leg is lost to diabetes somewhere in the world”<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Tradução do original: “A cada 30 segundos, uma perna é perdida por diabetes, algures no mundo” (IDF, 2005).

Os inquéritos epidemiológicos realizados indicaram que entre 40% e 70% das amputações das extremidades inferiores estão relacionadas com a diabetes. A grande maioria (85%) das amputações relacionadas com a diabetes é precedida de úlceras nos pés. A amputação envolve muitas vezes um aumento da dependência da pessoa relativamente à ajuda de outros, incapacidade para trabalhar e até miséria (IDF, 2005).

Este organismo internacional tem desenvolvido várias campanhas relacionadas com a diabetes e suas complicações, assim como emitido recomendações fundamentadas para a actuação. Refere-nos que uma gestão “agressiva” do problema do pé diabético pode prevenir as amputações na maioria dos casos e, quando estas acontecem, a vida da pessoa pode ser melhorada através de um bom seguimento em termos de cuidados de saúde por uma equipa multidisciplinar do pé diabético.

Considerando os recursos de saúde existentes nos países desenvolvidos, a IDF (2005) diz-nos que os cuidados ao pé diabético consomem cerca de 20% dos recursos disponíveis para o tratamento da diabetes. Por outro lado, nos países em vias de desenvolvimento, estes custos podem chegar aos 40% dos recursos disponíveis para a diabetes. Nos países ocidentais, pensa-se que o custo económico relativo às úlceras de pé diabético estará entre os 7000 e os 10000 dólares americanos, mas quando a cura se complica e chega à amputação do membro, o custo pode aumentar até aos 65000 dólares americanos por pessoa.

A boa notícia é que na maioria dos casos as úlceras de pé diabético e amputações podem ser prevenidas (entre 49% e 85% no caso das amputações) (IDF, 2005).

Em Portugal, o relatório da OND (2010) revela-nos que o número de doentes saídos (internamentos hospitalares) por “pé diabético” tem-se mantido relativamente constante ao longo dos últimos 5 anos e o número de amputações *major* dos membros inferiores por motivo de Diabetes tem registado uma ligeira trajectória de redução após o ano de 2004 (valor máximo das amputações na última década).

As estatísticas nacionais revelam que o pé diabético é o principal motivo de ocupação prolongada das camas hospitalares pelas pessoas com diabetes e responsável por 70% de todas as amputações efectuadas por causas não traumáticas. (DGS, 2010, 2011).

Estima-se que em Portugal possam ocorrer anualmente cerca de 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores, resultando num esforço acrescido do membro remanescente e calcula-se que em um ano e meio este também terá problemas, quer se tenha ou não provido de prótese o membro amputado. Após cinco anos da primeira amputação, mais de metade dos casos já terá sofrido amputação contralateral (DGS, 2010).

O diagnóstico de situação de saúde dos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora, revelou-nos que relativamente à área específica da vigilância do pé, este é ainda um território a necessitar de exploração e intervenção, pela magnitude do problema do pé diabético, quer ao nível social, quer económico.

A APDP (2010) refere-nos os factores condicionantes das lesões do pé da pessoa com diabetes, sendo eles a neuropatia, a doença vascular periférica, a infecção, o calçado, a presença de calosidades e hiperqueratoses, assim como as unhas mal cuidadas. Estes factores, quando presentes, ameaçam seriamente a integridade dos pés e o resultado mais comum é a formação de úlcera. A avaliação regular destes factores por um profissional de saúde é tão importante quanto a capacidade do utente de se auto-vigiar e auto-cuidar, nesta área em especial.

Dos utentes inquiridos, cerca de 23,8% referiram que não efectuam habitualmente a auto-vigilância do pé, muitos por não considerarem importante, outros por não saberem avaliar, mas notámos ainda que a falta de ajuda e de motivação são problemas a combater.

A análise dos resultados indica que globalmente os diabéticos fazem auto-vigilância do pé, mas aquando do nosso exame de vigilância, fomos confrontados com o facto de 38,1% não verificar a temperatura da água antes de colocar os

pés, 46% usar sapatos sem meias, 46% não aplicar creme hidratante nos pés, 23,8% não cortar as unhas a direito e 36,5% não usar calçado adequado.

Quando questionados acerca da presença de úlcera ou anteriormente, 15,9% dos utentes referiram que sim e 1,6% já tinham sofrido amputação do membro inferior, sendo estes dados inquietantes.

A avaliação das alterações sensitivas e circulatórias dos pés dos diabéticos inquiridos revelou que 28,6% dos utentes tinham alterações ao nível dos pulsos periféricos e 14,3% não apresentavam sensibilidade protectora, apresentando no geral um risco aumentado de ulceração de 23,8%. A identificação do doente em situação de risco de formação de úlcera é o aspecto mais importante da prevenção da amputação.

Igualmente preocupante foi percebermos que a grande maioria dos utentes não é avaliada regularmente por um profissional de saúde, no que diz respeito ao rastreio do pé diabético: 79,4% referiu que os seus pés não são vigiados anualmente. Esta situação contraria as indicações dadas pelas DGS (2011b, p.1) ao referir que *“todas as pessoas com diabetes são avaliadas anualmente com o objectivo de serem identificados factores de risco condicionantes de lesões nos pés”*. Aliás, 81% dos inquiridos referiu ainda que não conhece o seu enfermeiro de família.

A IDF (2005) é clara ao referir que o envolvimento próximo entre a pessoa com diabetes e sua família e a equipa de saúde são essenciais. Refere-nos ainda que a gestão da prevenção e tratamento dos problemas do pé diabético deve incluir:

- ↪ Inspeção anual do pé;
- ↪ Identificação do pé em risco;
- ↪ Educação da pessoa com diabetes e profissionais de saúde;
- ↪ Calçado adequado;
- ↪ Tratamento atempado de todos os problemas dos pés.

Com base nestas premissas e sabendo que a prevenção é a chave, procuramos com este projecto de intervenção obter ganhos de saúde e qualidade

de vida dos utentes diabéticos, especificamente na área da prevenção do pé diabético.

### **1.3 – Tendência do Problema**

Imperatori e Giraldes (1993) definem tendência de um problema de saúde como *“a evolução natural do problema, caso as condições actuais tecnológicas e outras, se mantenham”*. Assim sendo, a projecção da tendência é a determinação da situação do problema futuro, de acordo com a sua evolução natural.

Já foi referido anteriormente que os problemas com os pés relacionados com a diabetes tendem a ser cada vez mais comuns. Sem acções concertadas no sentido da sua prevenção, as taxas globais de amputações continuarão a aumentar (IDF, 2005).

Em Portugal, o número de amputações dos membros inferiores relativas a diabetes tem vindo a decrescer ligeiramente desde 2004 (OND, 2010), contudo consideramos que o peso deste problema é bastante significativo, afectando seriamente a qualidade de vida dos doentes diabéticos.

Os dados sobre o número de diabéticos com úlceras activas, em Portugal, são escassos. Na nossa amostra 15,9% dos utentes apresentavam úlcera no pé ou já tinham apresentado úlcera anteriormente e 1,6% já tinham sofrido amputação do membro inferior.

A nossa pretensão com a elaboração e concretização deste projecto é contribuir para a prevenção da formação de úlceras nos pés dos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora.

## 2 – Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos

No capítulo anterior abordámos a fundamentação teórica deste projecto de intervenção, relacionado com a inadequada vigilância e cuidados dos pés dos utentes diabéticos detectados na população estudada.

Conforme referimos atrás, a ambição deste projecto é a redução da incidência de úlceras nos pés dos utentes diabéticos, tendo consciência que ao evitarmos que estas situações aconteçam, estamos também a influenciar a diminuição da incidência de um mal muito maior: as amputações dos membros inferiores.

A DGS (2008) traçou como um dos objectivos gerais do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD): “*Atrasar o início das complicações major<sup>3</sup> da diabetes e reduzir a sua incidência*”.

Agregados a este objectivo geral, encontramos os objectivos específicos que referem o propósito de reduzir o número de internamentos hospitalares devidos a complicações da diabetes, assim como de reduzir o número de dias de incapacidade temporária para o trabalho resultante das complicações *major* da diabetes.

A DGS (2010) traçou uma norma que visa regular os procedimentos relativos à abordagem sistemática do Pé Diabético, no âmbito do PNPCD, considerando como pontos-chave: a avaliação, prevenção e tratamento.

Especificamente, **pretendemos debruçar-nos na área da prevenção**, dado que consideramos que a aposta nesta área traz claros benefícios, quer à pessoa diabética e sua família, quer à sociedade em geral. A **área da avaliação** do pé dos diabéticos, cabendo aos profissionais que contactam directamente com estes (nomeadamente aos enfermeiros de família), necessita também de

---

<sup>3</sup> De acordo com a DGS (2008), no PNPCD, as complicações *major* da diabetes são: 1. Doença cardiovascular; 2. Nefropatia; 3. Neuropatia; 4. Amputação; 5. Retinopatia.

intervenção, no sentido da divulgação das consultas de enfermagem existentes na Unidade de Cuidados de Enfermagem da Senhora da Hora (UCESH) e incentivo aos utentes da utilização adequada dos recursos de saúde ao seu dispor.

## **2.1 – Modelo de Análise**

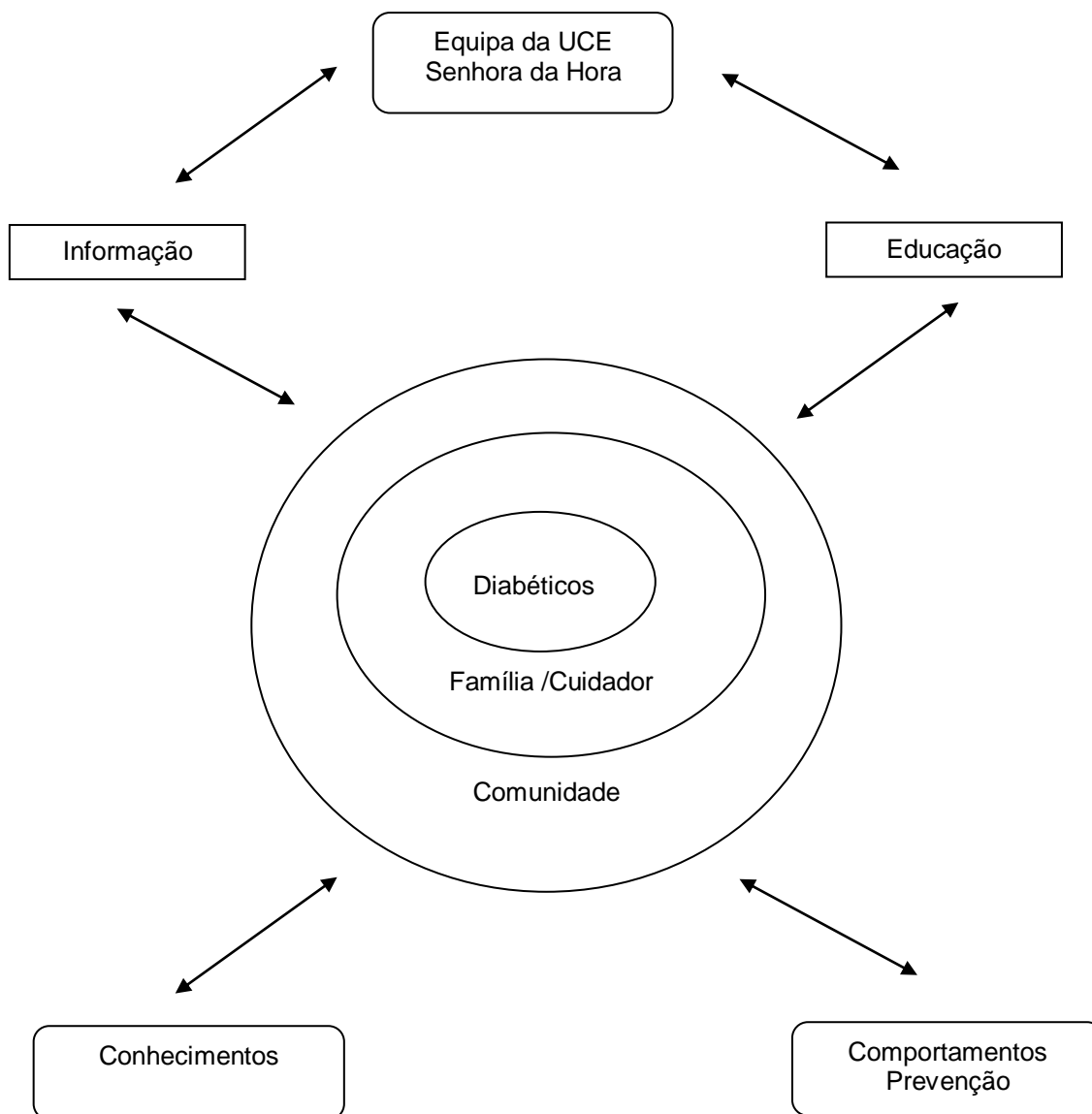
A prevenção das lesões nos pés dos diabéticos passa pela educação contínua das pessoas com diabetes e seus familiares, no que respeita a:

- ✓ *“Observação correcta e adequada dos pés;*
- ✓ *Conselhos práticos de higiene;*
- ✓ *Conhecimento dos agentes agressores;*
- ✓ *Uso de palmilhas e calçado específico;*
- ✓ *Remoção de calosidades;*
- ✓ *Cuidados ungueais adequados.”* (DGS, 2010, p.7)

As estratégias por nós seleccionadas para este projecto de intervenção visam actuar na educação dos diabéticos e familiares/ cuidadores, na divulgação das consultas de enfermagem de vigilância do diabético e na divulgação da problemática da diabetes junto da comunidade em geral. Consideramos essencial o envolvimento e sensibilização da equipa de saúde que integra as várias Unidades do Centro de Saúde da Senhora da Hora (CSSH) acerca desta problemática (Figura 2).

No sentido de melhor explicitarmos o objectivo do presente projecto, foi elaborado um modelo de análise, que a seguir apresentamos.

**Figura 2** – Modelo de análise do projecto de intervenção “Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos”



## **2.2 – Projecto: “Vamos proteger os Pés dos Diabéticos”**

Este projecto surge como forma de dar resposta ao problema prioritário relacionado com os cuidados e vigilância dos pés dos diabéticos. Será implementado ao longo do módulo II e III de estágio, sendo a responsável pelo projecto a Enf.<sup>a</sup> Ana Sofia Tomé.

Os dados mais significativos obtidos no diagnóstico de saúde revelaram que, num total de 63 inquiridos:

- ◆ 23,8% não efectua habitualmente a auto-vigilância do pé (motivos: não considerar importante, não saber avaliar, falta de ajuda e falta de motivação);
- ◆ 46% não aplica creme hidratante nos pés;
- ◆ 46% usa sapatos sem meias;
- ◆ 38,1% não verifica a temperatura da água antes de colocar os pés;
- ◆ 36,5% não usa calçado adequado;
- ◆ 23,8% não corta as unhas a direito;
- ◆ 81% não conhece o seu enfermeiro de família.

Assim sendo, e conforme já referido anteriormente, pretende-se actuar na educação do diabético e dos seus familiares/cuidadores, utilizando como estratégia principal a acção de educação para a saúde (AES) e a distribuição de panfletos e afixação de posters em locais estratégicos.

Como forma de sensibilizar a equipa de saúde para a problemática, informando dos resultados do Diagnóstico de Situação efectuado e dos projectos que irão ser desenvolvidos durante os módulos II e II de estágio, proceder-se-á à apresentação de uma sessão no CSSH.

### **2.2.1 – População-alvo**

A população-alvo consistirá nos utentes diabéticos que frequentam as consultas nas clínicas privadas residentes na Senhora da Hora (n=190) e familiares/ cuidadores dos utentes que necessitam de ajuda para a gestão da sua doença.

### **2.2.2 – Objectivo geral**

Como objectivo geral, definimos:

- ↻ Promover os cuidados e vigilância adequados dos pés dos utentes diabéticos residentes na Senhora da Hora e que frequentam as consultas nas clínicas privadas.

### **2.2.3 – Objectivos específicos**

Considerando o objectivo geral seleccionado para este projecto de intervenção, foram traçados os seguintes objectivos específicos:

- ⊗ Informar os utentes sobre os cuidados e auto-vigilância dos pés;
- ⊗ Ensinar aos utentes técnicas de auto-vigilância dos pés;
- ⊗ Treinar os utentes na utilização de técnicas de auto-vigilância dos pés;
- ⊗ Informar os familiares/ cuidadores dos utentes que necessitam de ajuda para gerirem a sua doença sobre os cuidados e vigilância dos pés dos diabéticos;
- ⊗ Divulgar junto dos utentes e familiares as consultas de vigilância do diabético, efectuadas pela equipa de Enfermagem da UCESH;

- ⌘ Apresentar resultados do Diagnóstico da situação de saúde à equipa de saúde que integra a Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora (UCCSH) e a UCESH.

#### **2.2.4 – Objectivos operacionais/ metas**

Tendo em conta os objectivos específicos traçados anteriormente, apresentamos de seguida os objectivos operacionais ou metas que pretendemos atingir.

Que pelo menos:

- 10% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora estejam presentes nas AES realizadas durante os meses de Novembro e Dezembro de 2011 e Janeiro e Fevereiro de 2012;
- 5% dos familiares/ cuidadores dos utentes que necessitam de ajuda para a gestão da sua doença estejam presentes nas AES realizadas durante os meses de Novembro e Dezembro de 2011 e Janeiro e Fevereiro de 2012;
- 50% dos utentes presentes nas AES adquiram conhecimentos sobre auto-vigilância e cuidados aos pés, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2011 e Janeiro e Fevereiro de 2012;
- 80% dos utentes presentes nas AES recebam informação sobre as consultas de vigilância do diabético efectuadas pela equipa de Enfermagem da UCESH, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2011 e Janeiro e Fevereiro de 2012;
- 50% dos familiares/ cuidadores dos utentes que necessitam de ajuda para a gestão da sua doença presentes nas AES adquiram conhecimentos sobre vigilância e cuidados aos pés dos diabéticos, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2011 e Janeiro e Fevereiro de 2012;

- 30% da equipa de saúde que integra a UCCSH e a UCESH esteja presente na apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação de saúde, no mês de Novembro de 2011.

### **2.2.5 – Indicadores de processo**

- ❖ Percentagem de utentes diabéticos que frequentam as clínicas privadas residentes na Senhora da Hora que estiveram presentes nas AES.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes que estiveram presentes nas AES}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes que confirmaram a presença nas AES}} \times 100$$

- ❖ Percentagem de utentes diabéticos que frequentam as clínicas privadas residentes na Senhora da Hora que receberam panfletos com informação sobre vigilância, auto-vigilância e cuidados aos pés.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes que receberam panfletos}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes que compõem a população-alvo}} \times 100$$

- ❖ Percentagem de familiares/ cuidadores dos utentes que necessitam de ajuda para a gestão da sua doença que estiveram presentes nas AES.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de familiares/ cuidadores dos utentes que estiveram presentes nas AES}}{\text{N}^\circ \text{ de familiares/ cuidadores dos utentes que confirmaram a presença nas AES}} \times 100$$

- ❖ Percentagem de elementos da equipa de saúde que integra a UCCSH e a UCESH que estiveram presentes na apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação de saúde.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de elementos da equipa de saúde que integra a UCCSH e a UCESH que estiveram presentes na apresentação do Diagnóstico de situação}}{\text{N}^\circ \text{ de elementos que integram da equipa de saúde da UCCSH e a UCESH que foram convidados}} \times 100$$

### 2.2.6 – Indicadores de resultado

- ◆ Percentagem de utentes diabéticos que frequentam as clínicas privadas residentes na Senhora da Hora que adquiriram conhecimentos sobre auto-vigilância e cuidados aos pés.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes que estiveram presentes nas AES e adquiriram conhecimentos sobre auto-vigilância e cuidados aos pés}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes que estiveram presentes nas AES}} \times 100$$

- ◆ Percentagem de familiares/ cuidadores dos utentes que necessitam de ajuda para a gestão da sua doença que adquiriram conhecimentos sobre auto-vigilância e cuidados aos pés dos diabéticos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de familiares/ cuidadores que adquiriram conhecimentos sobre auto-vigilância e cuidados aos pés}}{\text{N}^\circ \text{ total de familiares/cuidadores que estiveram presentes nas AES}} \times 100$$

### 2.2.7 – Estratégias

Como principais estratégias para a realização deste projecto, seleccionámos:

- Elaborar AES sobre vigilância e cuidados aos pés do diabético;
- Apresentar os resultados do Diagnóstico de Situação à equipa de saúde o Centro de Saúde da Senhora da Hora.

### 2.2.8 – Actividades

As várias actividades que irão permitir a concretização das estratégias seleccionadas são:

- ◆ Efectuar o planeamento das AES;
- ◆ Elaborar panfleto sobre recursos da UCE;

- ◆ Elaborar panfleto sobre vigilância e cuidados aos pés do diabético;
- ◆ Distribuir panfletos durante AES;
- ◆ Convocar os utentes da população-alvo e familiares/ cuidadores para as AES, através de contacto presencial, telefonema ou carta;
- ◆ Convidar os elementos da equipa de saúde das várias Unidades do CSSH para assistirem à apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação.

### **2.2.9 – Avaliação**

A avaliação será através do cálculo dos indicadores de processo e resultado atrás definidos.

### **2.3 – Feira da saúde: Comemoração do Dia Mundial da Diabetes**

As feiras da saúde são eventos que provocam sempre grande curiosidade na comunidade na qual são efectuadas, podendo ser usadas quando se pretende causar grande impacto e alertar para determinadas situações de saúde que carecem atenção.

Assim, decidimos organizar uma feira da saúde, por considerarmos que, não só os utentes diabéticos da freguesia da Senhora da Hora necessitam de atenção, como toda a população deve ser alertada para os factores de risco da diabetes e suas complicações.

Pretendemos contribuir para a literacia em saúde desta comunidade e incentivar a adopção de comportamentos saudáveis.

Esta actividade será um projecto de grupo, abordando as várias áreas prioritárias definidas no diagnóstico de situação, todas elas em torno da problemática da diabetes.

Será realizada no dia **14 de Novembro de 2011** por este ser o Dia Mundial da Diabetes.

### **2.3.1 – População-alvo**

A população-alvo consistirá principalmente na Comunidade residente na área de influência do CSSH, nos utentes diabéticos que frequentam as consultas nas clínicas privadas residentes na Senhora da Hora (n=190) e familiares/cuidadores dos utentes que necessitam de ajuda para a gestão da sua doença.

### **2.3.2 – Objectivo geral**

Como objectivo geral da realização da feira da saúde, definimos:

- ↻ Promover hábitos de vida saudáveis.

### **2.3.3 – Objectivos específicos**

Os objectivos específicos relativos à realização da feira da saúde são:

- ⊗ Promover a vigilância de saúde;
- ⊗ Informar acerca da prevenção da diabetes;
- ⊗ Informar acerca das complicações da diabetes;
- ⊗ Divulgar os projectos em curso pelas enfermeiras alunas de especialidade e aqueles desenvolvidos pela UCCSH;
- ⊗ Divulgar formas de prevenção da diabetes e suas complicações;
- ⊗ Identificar precocemente problemas de saúde, através de rastreios.

### **2.3.4 – Objectivos operacionais/ metas**

---

Os objectivos operacionais ou metas delineados para o projecto da feira da saúde são apresentados de seguida.

Que pelo menos:

- 50% dos participantes na feira da saúde no dia 14 de Novembro efectuem pelo menos um rastreio;
- 10% dos participantes na feira da saúde, que efectuaram rastreios, no dia 14 de Novembro sejam diabéticos.

### **2.3.5 – Indicadores de processo**

Considerando os objectivos operacionais/metras traçados anteriormente, os indicadores de processo que permitirão a avaliação das actividades são:

- ❖ Percentagem de participantes na feira da saúde que efectuaram pelo menos um rastreio.

$$\frac{\text{Nº de participantes que efectuaram pelo menos um rastreio}}{\text{Nº total de participantes}} \times 100$$

- ❖ Percentagem de participantes na feira da saúde, que efectuaram rastreios e são diabéticos.

$$\frac{\text{Nº de participantes na feira da saúde, que efectuaram rastreios e são diabéticos}}{\text{Nº total de participantes na feira da saúde}} \times 100$$

### **2.3.6 – Estratégias**

As estratégias seleccionadas para a concretização da feira da saúde são:

- Realizar rastreios de saúde (Tensão arterial, Peso, Perímetro abdominal, Índice de Massa Corporal, Glicemia Capilar);
- Realizar actividades alusivas ao tema (*workshop* sobre alimentação, *workshop* sobre auto-vigilância do pé).

### **2.3.7 – Actividades**

As actividades a desenvolver durante a feira da saúde são as seguintes:

- ◆ Estabelecer parcerias com entidades com várias entidades;
- ◆ Convidar as várias instituições da comunidade para estarem presentes na feira;
- ◆ Produzir material com informação para distribuir pelos participantes;
- ◆ Providenciar recursos necessários à realização da feira, nomeadamente através dos parceiros;
- ◆ Definir horários para a realização das actividades;
- ◆ Convidar alunos de enfermagem e profissionais de saúde das várias unidades do CSSH para participarem na feira;
- ◆ Divulgar a feira da saúde na comunidade.

### **2.3.8 – Avaliação**

A avaliação da feira será efectuada através do cálculo dos indicadores elaborados e referidos anteriormente.

## **2.4 – Exame e Avaliação dos Pés dos Diabéticos**

De acordo com o que foi referido anteriormente, a avaliação regular dos pés dos diabéticos por um profissional de saúde é um aspecto essencial para a prevenção do pé diabético.

A DGS (2011b) define claramente que todas as pessoas com diabetes devem ser avaliadas anualmente, com a identificação dos factores de risco condicionantes de lesões nos pés e respectiva classificação do risco de ulceração, bem como o correcto registo no processo clínico. Dependendo do risco de ulceração obtido, cada utente deve ser reavaliado anualmente, semestralmente ou a cada 1-3 meses, se for de baixo risco, médio risco ou alto risco, respectivamente.

Dos dados obtidos com a realização do Diagnóstico de Situação de saúde aos utentes das clínicas provadas da Senhora da Hora, houve um em particular que nos chamou a atenção:

- ◆ 79,4% dos utentes referiram que os seus pés não são vigiados anualmente por um profissional de saúde.

Consideramos ser de extrema importância utilizar os dados obtidos com o preenchimento dos formulários aplicados no módulo I de estágio para efectuar a actualização do processo de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) da UCESH, nos processos clínicos dos utentes inquiridos. Da mesma forma, pretendemos contribuir para o exame e avaliação dos restantes utentes diabéticos que constituem a população em estudo e respectivo registo no SAPE.

Temos consciência que o nosso estágio na UCCSH, enquanto enfermeiras alunas da especialidade de Enfermagem Comunitária, é meramente uma curta passagem e gostaríamos de saber que o nosso projecto deu frutos e contribuiu para melhorar o nível de saúde desta comunidade.

Assim, ponderámos como estratégia principal a realização de visitas domiciliárias aos utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora aos quais não foi aplicado o inquérito por questionário, para exame e avaliação dos pés, aproveitando o momento para efectuar educação para a saúde. Os resultados serão também alvo de registo no SAPE.

As visitas domiciliárias serão efectuadas em conjunto com outro elemento do grupo em estágio, para permitir a abordagem dos vários temas, numa melhor gestão do tempo.

#### **2.4.1 – População-alvo**

A população-alvo consistirá nos utentes diabéticos que frequentam as consultas nas clínicas privadas residentes na Senhora da Hora e que não responderam ao inquérito por questionário aplicado no módulo I de estágio (n=190-63=127).

#### **2.4.2 – Objectivo geral**

O objectivo geral deste projecto é:

- ↪ Promover a continuidade dos cuidados relativamente à avaliação dos pés dos utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora.

#### **2.4.3 – Objectivos específicos**

Os objectivos específicos que se pretendem são os seguintes:

- ⊗ Efectuar a avaliação dos pés diabéticos utentes das clínicas privadas da Senhora da Hora que não responderam ao inquérito por questionário aplicado no módulo I de estágio;
- ⊗ Efectuar os registos da avaliação dos pés no SAPE;
- ⊗ Efectuar os registos da avaliação dos pés no SAPE relativos aos utentes que responderam ao inquérito por questionário aplicado no módulo I de estágio;
- ⊗ Efectuar educação para a saúde aos utentes sobre vigilância e cuidados aos pés dos diabéticos.

#### **2.4.4 – Objectivos operacionais/ metas**

Como objectivos operacionais/ metas, foi considerado que, pelo menos:

- 10% dos diabéticos utentes das clínicas privadas da Senhora da Hora que não responderam ao inquérito por questionário aplicado no módulo I de estágio, sejam avaliados em termos de risco dos pés, entre Dezembro de 2011 e Fevereiro de 2012;
- 100% das avaliações dos pés sejam registadas no SAPE entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012.

#### **2.4.5 – Indicadores de processo**

- ❖ Percentagem de visitas domiciliárias efectuadas para avaliação dos pés dos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de visitas domiciliárias concretizadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de visitas domiciliárias previstas}} \times 100$$

- ❖ Percentagem de registos de avaliações dos pés efectuados no SAPE.

$$\frac{\text{Nº total de registos efectuados no SAPE}}{\text{Nº total de avaliações efectuadas}} \times 100$$

#### **2.4.6 – Indicadores de resultado**

- ◆ Percentagem de diabéticos utentes das clínicas privadas da Senhora da Hora com avaliação dos pés efectuada.

$$\frac{\text{Nº de utentes com avaliação dos pés efectuada}}{\text{Nº total de utentes da população-alvo}} \times 100$$

#### **2.4.7 – Estratégias**

As estratégias definidas para a concretização deste projecto são:

- Visitação Domiciliária;
- Registos no SAPE.

#### **2.4.8 – Actividades**

As principais actividades a executar são:

- ◆ Contactar com os Enfermeiros da UCESH para conhecer o estado actual dos registos no SAPE das avaliações dos pés dos diabéticos;
- ◆ Preparar o planeamento das visitas domiciliárias;
- ◆ Divulgar na comunidade as visitas domiciliárias
- ◆ Contactar previamente os utentes;
- Efectuar visitas domiciliárias para avaliação dos pés;
- ◆ Programar a realização dos registos no SAPE.

- ◆ Pedir a colaboração dos restantes elementos do grupo em estágio.

### **2.4.9 – Avaliação**

A avaliação deste projecto será contínua e através do cálculo dos respectivos indicadores previamente traçados.

### 3 – Cronograma

O cronograma dá-nos um mapa cronológico geral da implementação de cada um dos projectos atrás descritos.

**Quadro 1 – Cronograma**

Ano	2011			2012	
Mês	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
MÓDULO II					
MÓDULO III					
Apresentação do Diagnóstico de Situação à equipa de saúde					
Vamos Proteger os Pés dos Diabéticos					
Feira da Saúde: Comemoração do Dia Mundial da Diabetes					
Exame e Avaliação dos Pés dos Diabéticos					
Registos no SAPE					

#### **4 – Considerações Finais**

Após a execução do diagnóstico de saúde realizado durante os meses de Maio e Junho de 2011 para obter os problemas e necessidades dos diabéticos utentes das clínicas privadas da Senhora da Hora e posterior definição das prioridades dos problemas/ necessidades encontrados, impôs-se a realização deste projecto “*Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos*”, numa vontade de contribuir para melhorar o estado de saúde da comunidade.

O estudo consistiu num inquérito por questionário no domicílio, aplicado numa amostra de conveniência, constituída por 63 diabéticos, com idades compreendidas entre os 32 e 85 anos (média de 63,22), que acedem aos serviços de saúde em clínicas privadas da Senhora da Hora, nomeadamente às consultas médicas, para obter cuidados de saúde no âmbito da prevenção primária.

As principais necessidades sentidas encontram-se numa íntima ligação com as informações que estes utentes possuem acerca da sua doença – a diabetes – e à percepção do risco que apresentam, levando-os a adoptar muitas vezes comportamentos que põem em risco a sua saúde.

Observámos que, apesar de 76,2% dos utentes referir que efectua auto-vigilância do pé, muitos continuam sem adoptar os procedimentos mais adequados para os seus cuidados: 46% usa sapatos sem meias, 46% não aplica creme hidratante, 47,6% usa meias com costura, 38,1% não verifica a temperatura da água e 31,7% usa fontes de calor para aquecer os pés.

Em termos de risco de ulceração, detectámos que 15,9% dos utentes apresenta úlcera actual ou já apresentou anteriormente e 23,8% apresenta risco aumentado de ulceração.

Mas os cuidados aos pés não se restringem à auto-vigilância. O exame e vigilância regulares por um profissional de saúde, associados à educação para a saúde, são contributos sérios e eficazes para a prevenção de lesões nos pés dos

diabéticos. Contudo, 79,4% da amostra referiu que os seus pés não são vigiados anualmente por um profissional de saúde.

A informação sobre o pé diabético pode ser divulgada e repetida à exaustão através da utilização de vários meios: media, profissionais de saúde, familiares e amigos. As informações do tipo ‘*como se lavam os pés*’ ou ‘*como se evitam os traumatismos nos pés*’ certamente estão na base de um bom trabalho de prevenção em relação ao pé diabético, uma vez que permite esclarecer dúvidas, destruir mitos, transmitir segurança e estabelecer uma desejável familiaridade com termos e conceitos, exercitando uma precoce sensibilização, que vai facilitar aos utentes diabéticos adoptarem comportamentos de prevenção e sentirem-se à vontade em nomear as suas dificuldades, sem constrangimentos.

É neste sentido que surge uma preocupação nossa, dado que deparámo-nos com uma relação terapêutica entre utentes diabéticos e enfermeiros de família da UCESH, praticamente inexistente. Temos consciência que esta pode ser uma barreira à realização do nosso projecto, mas que iremos adoptar várias estratégias para que haja uma aproximação, contribuindo para a concretização deste projecto.

Consideramos que a desinformação poderá ser o obstáculo menos difícil de ser contornado. Deparámo-nos com o facto de que os médicos das clínicas privadas são o veículo de transmissão de informação mais frequentemente referido pelos utentes inquiridos, sendo que apresentam maior acessibilidade em termos de informação, mas os que apresentam maior défice na informação transmitida ao utente, porque a informação, pura e simples, é uma aquisição teórica e não é investida de afecto, apenas uma série de dados com os quais os diabéticos muitas vezes não sabem o que fazer.

Os profissionais de saúde deverão ter um papel fundamental na transmissão de informação, mantendo uma atitude de escuta e respeito em relação às necessidades dos diabéticos, assim como valorizando o seu saber, estando sempre atentos às diferenças, que, afinal, representam a *pluralidade* desta população. Não falamos aqui num exercício autoritário do saber médico,

mas em saber ouvir e reconhecer as necessidades particulares desta população e das suas necessidades pela vivência autónoma da diabetes.

A experiência deste trabalho trouxe-nos mais interrogações do que certezas acerca das motivações que movem os diabéticos quando o tema se centra na prevenção, especificamente.

Não há soluções mágicas, massivas, no que concerne à prevenção do pé diabético. A decisão individual de ter atitudes de alerta e preservar-se em todas as ocasiões, nem sempre está subordinada à posse de informações sobre saúde, cuidados e formas de prevenção, por mais importantes e significativas que sejam. Parece-nos algo que vai além de todo este conjunto de factores. Está ligado, directamente, à consciência de si, da sua própria importância e valor, bem como depende do investimento que cada diabético está disposto a fazer a favor do auto-cuidado. Este investimento pode significar um aumento da sua qualidade de vida, mas precisa antes de mais ter a consciência e a percepção que as coisas más não acontecem só aos outros.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA [et al.] – *Pé Diabético: Recomendações para o diagnóstico, profilaxia e tratamento*. 1ª ed. Capítulo de Cirurgia Vascular da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, 2006.

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL – *Pé Diabético: Caminhado para um futuro melhor*. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-681-4.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES – *Diabetes: factos e números 2010: relatório anual do observatório nacional da diabetes*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - Orientação Nº 003/2011. 2011a, *Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Norma Nº 005/2011. 2011b, *Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - Norma Nº05/PNPCD. 2010 – *Pé Diabético: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde: Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: DGS, 2008. ISBN 978-972-675-180-9.

## **Referências electrónicas**

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – Position Statement: The Diabetic Foot. <http://www.idf.org/position-statement-diabetic-foot>. 01-10-2011 21:00.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON DIABETIC FOOT - Diabetes and the foot. [http://www.iwgdf.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=33&Itemid=48](http://www.iwgdf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=48). 01-10-2011 21:00.

## **ANEXO IV**

# **Planeamento das Ações de Educação para a Saúde**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

*Cuide dos seus Pés*

*Cuide de Si*

Acção de Educação para a Saúde

**Ana Sofia Cardoso Valente Tomé**

Aluna nº 361610056

**Orientação:** Prof.<sup>a</sup> Norminda Magalhães

**Tutora:** Enf.<sup>a</sup> Raquel Azevedo

**Porto, Novembro de 2011**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AES – Acções de Educação para a Saúde

APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

OND – Observatório Nacional da Diabetes

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## ÍNDICE

	Página
0. INTRODUÇÃO.....	6
I. PLANEAMENTO.....	8
1. Análise da Situação.....	8
2. Formulação de Objectivos.....	12
2.1. Objectivos Educacionais.....	12
2.2. Objectivos Operacionais / Metas.....	12
3. Selecção / Organização de Conteúdos.....	13
4. Selecção / Organização de Estratégias de Ensino / Aprendizagem.....	14
5. Plano da Sessão.....	15
6. Selecção / Organização de Estratégias de Avaliação.....	16
II. EXECUÇÃO.....	18
III. AVALIAÇÃO.....	29
IV. CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	30

Anexo I – Diapositivos da AES

Anexo II – Questionário de avaliação diagnóstica/final da primeira sessão

Anexo III – Questionário de avaliação diagnóstica/final da segunda e terceira sessões

## ÍNDICE DE QUADROS

	Página
<b>Quadro 1</b> – Plano da Sessão.....	15
<b>Quadro 2</b> – Frequências absolutas das respostas ao questionário diagnóstico/ final da sessão de 16-11-2011, por pergunta.....	19
<b>Quadro 3</b> – Frequências absolutas das respostas ao questionário diagnóstico/ final da sessão de 21-11-2011, por pergunta.....	21
<b>Quadro 4</b> – Frequências absolutas das respostas ao questionário diagnóstico/ final da sessão de 25-11-2011, por pergunta.....	22

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
<b>Gráfico 1</b> – Comparação das frequências absolutas das respostas certas na avaliação diagnóstica e na avaliação final, na sessão de 16-11-2011, por pergunta	20
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição percentual das respostas ao questionário diagnóstico da sessão de 21-11-2011.....	21
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição percentual das respostas ao questionário final da sessão de 21-11-2011.....	22
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição percentual das respostas ao questionário diagnóstico da sessão de 25-11-2011.....	23
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição percentual das respostas ao questionário final da sessão de 25-11-2011.....	23
<b>Gráfico 6</b> – Comparação das frequências absolutas das respostas certas na avaliação diagnóstica e na avaliação final, na sessão de 25-11-2011, por pergunta	24

## **0 – INTRODUÇÃO**

A Diabetes tem-se revelado um problema em todo o mundo e o nosso país acompanha a tendência de crescimento da sua incidência, provocado pelo envelhecer da população e a alteração de estilos de vida, nomeadamente em termos alimentares.

Sabe-se que é impossível parar o curso da doença e que as complicações associadas são muitas e têm um forte impacto na qualidade de vida dos doentes e suas famílias. O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária é fundamental na educação dos grupos, quer seja para a prevenção da diabetes, quer seja para a prevenção das complicações, actuando sempre nos vários níveis de prevenção.

Os esforços efectuados por parte das equipas dos cuidados de saúde primários, nomeadamente ao nível da equipa de enfermagem, no sentido de instruir a população e manter a vigilância dos factores determinantes relativamente à Diabetes, são notáveis.

Contudo todos temos consciência que são insuficientes e por isso mesmo impera a necessidade de desenvolver projectos dirigidos a cada grupo-alvo, no sentido de capacitar os indivíduos para uma melhor saúde.

As acções de educação para a saúde (AES) para grupos são estratégias frequentemente utilizadas e podem ser eficazes, quando adequadas, para a transmissão de informação, treino de capacidades dos formandos e sensibilização para as temáticas específicas.

Neste caso, considero importante alertar os utentes diabéticos e seus familiares, procurando a sua consciencialização da importância da prevenção de complicações da diabetes, nomeadamente em termos de prevenção da formação de úlceras nos pés, o que pode levar facilmente à amputação.

O presente documento corresponde ao planeamento das sessões de educação para a saúde que serão efectuadas aos utentes diabéticos que frequentam as clínicas privadas e residem na Senhora da Hora, surgindo no âmbito do 4º Mestrado em

Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e da realização de estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora.

Com o presente planeamento pretende-se:

- ↻ Adquirir competências no âmbito do planeamento de sessões de educação para a saúde para adultos;
- ↻ Desenvolver competências no âmbito da formulação dos objectivos;
- ↻ Desenvolver competências na adequação da linguagem e metodologia ao grupo-alvo;
- ↻ Planear sessões de educação para a saúde para adultos.

O presente trabalho encontra-se subdividido em diversas partes: planeamento, execução, avaliação e conclusão, reflectindo as fases essenciais e lógicas do planeamento de sessões de educação para a saúde.

## **I. PLANEAMENTO**

De acordo com Imperatori (1993, p.23) o planeamento da saúde pode definir-se como a *“racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à resolução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”*

O mesmo autor refere-nos que a importância de planear tem por base vários factores, entre os quais, a escassez de recursos, a intervenção nas causas dos problemas, a definição de prioridades de forma a evitar intervenções isoladas, o uso consciente das infra-estruturas dispendiosas assim como dos equipamentos.

As AES à população, baseiam-se em resultados de diagnósticos de situação, cujos problemas detectados são priorizados, para que a actuação dos profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, e a utilização dos recursos sejam realizadas da forma mais eficaz e eficiente possível.

### **1. Análise da Situação**

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, refere que as doenças do metabolismo são um problema de saúde pública, pela elevada incidência e prevalência que apresentam actualmente, nomeadamente a diabetes e a obesidade e merecem uma abordagem particular. Refere ainda que se observa um aumento da prevalência de Diabetes *Mellitus* (DM), sendo uma das causas de morte que registou um dos mais importantes aumentos na última década, assim como a tendência de aumento das complicações. As orientações estratégicas para a abordagem deste problema de saúde pública foram traduzidas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), em 2008.

De acordo com o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (OND, 2010), a prevalência da Diabetes em Portugal no ano de 2009 foi de 12,3 % da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Verificou-se

a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens e as mulheres, assim como a existência de uma correlação directa entre o aumento da prevalência da Diabetes e o envelhecimento dos indivíduos. De acordo com este relatório, mais de um quarto da população portuguesa integrada no escalão etário dos 60-79 anos tem Diabetes.

Ainda segundo os dados constantes no referido relatório, a taxa de incidência da Diabetes sofreu um crescimento desde 2000, em Portugal. Em 2009 foram detectados 571 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes (OND, 2010), assumindo esta doença um papel significativo nas causas de morte, tendo a sua importância vindo a crescer ligeiramente ao longo dos últimos quatro anos (*idem*).

A Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2010, p.6) refere que:

*“O Pé Diabético é uma das complicações mais graves da DM, 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 efectuadas por causas não traumáticas”.*

De acordo com Almeida *et al* (2006) a DM é uma doença endócrina e metabólica que origina lesões vasculares e neurológicas, complexas e multifocais, a médio e longo prazo. Estas lesões só se observam vários anos depois do início da doença. Ainda de acordo com os mesmos autores, estima-se que nos países ocidentais cerca de 25% da população com Diabetes venha a desenvolver uma úlcera no pé e que a maioria destas úlceras irá adquirir infecção.

*“O aparecimento de úlcera no pé do diabético constitui um verdadeiro problema de saúde pública. Esta patologia é responsável por uma morbilidade e uma mortalidade importantes associadas a custos elevados.”* (Almeida *et al*, 2006, p.26)

A prevenção é um meio eficaz de evitar estas complicações e deve ser considerada uma aposta prioritária dos profissionais de saúde, no sentido da redução de novos casos, passando pela educação contínua das pessoas com DM e seus familiares (DGS, 2010).

A Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP, 2010) refere-nos os factores condicionantes das lesões do pé da pessoa com diabetes, sendo eles a neuropatia, a doença vascular periférica, a infecção, o calçado, a presença de calosidades e hiperqueratoses, assim como as unhas mal cuidadas. Estes factores, quando presentes, ameaçam seriamente a integridade dos pés e o resultado mais comum é a formação de úlcera. A avaliação regular destes factores por um profissional de saúde é tão importante quanto a capacidade do utente de se auto-vigiar e auto-cuidar, nesta área em especial.

O diagnóstico de situação de saúde dos diabéticos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora, revelou-nos que relativamente à área específica da vigilância do pé, este é ainda um território a necessitar de exploração e intervenção, pela magnitude do problema do pé diabético, quer ao nível social, quer económico, tendo-se revelado portanto um problema prioritário de intervenção.

Dos utentes inquiridos, cerca de 23,8% referiram que não efectuam habitualmente a auto-vigilância do pé, muitos por não considerarem importante, outros por não saberem avaliar, mas notámos ainda que a falta de ajuda e de motivação são problemas a combater.

A análise dos resultados indica que globalmente os diabéticos fazem auto-vigilância do pé, mas aquando do nosso exame de vigilância, fomos confrontados com o facto de 38,1% não verificar a temperatura da água antes de colocar os pés, 46% usar sapatos sem meias, 46% não aplicar creme hidratante nos pés, 23,8% não cortar as unhas a direito e 36,5% não usar calçado adequado.

Quando questionados acerca da presença de úlcera ou anteriormente, 15,9% dos utentes referiram que sim e 1,6% já tinham sofrido amputação do membro inferior, sendo estes dados inquietantes.

A avaliação das alterações sensitivas e circulatórias dos pés dos diabéticos inquiridos revelou que 28,6% dos utentes tinham alterações ao nível dos pulsos periféricos e 14,3% não apresentavam sensibilidade protectora, apresentando no geral um risco aumentado de ulceração de 23,8%. A identificação do doente em situação de risco de formação de úlcera é o aspecto mais importante da prevenção da amputação.

Igualmente preocupante foi percebermos que a grande maioria dos utentes não é avaliada regularmente por um profissional de saúde, no que diz respeito ao rastreio do pé diabético: 79,4% referiu que os seus pés não são vigiados anualmente. Esta situação contraria as indicações dadas pelas DGS (2011b, p.1) ao referir que “*todas as pessoas com diabetes são avaliadas anualmente com o objectivo de serem identificados factores de risco condicionantes de lesões nos pés*”. Aliás, 81% dos inquiridos referiu ainda que não conhece o seu enfermeiro de família.

No sentido de responder a esta necessidade considerada prioritária, optou-se por utilizar como principal estratégia de abordagem a educação para a saúde em grupo, com o tema “*Cuide dos seus Pés, Cuide de Si*”, tendo sido efectuada convocação por telefone dos utentes e familiares.

Enquanto formadora, pretendo adquirir os seguintes objectivos:

**Objectivo geral:**

- Promover a higiene, vigilância e cuidados dos pés dos utentes com DM.

**Objectivos específicos:**

- ❖ Ensinar os utentes com DM para o auto-cuidado: vigilância dos pés;
- ❖ Ensinar os utentes com DM para o auto-cuidado: higiene dos pés;
- ❖ Ensinar os utentes com DM sobre cuidados com meias e sapatos;
- ❖ Reforçar os cuidados de protecção dos pés;
- ❖ Incentivar à procura dos serviços de saúde para vigilância regular dos pés.

## **2. Formulação de Objectivos**

A formulação de objectivos permite clarificar o que se pretende atingir com a sessão que se prepara, no sentido em que permite medir os ganhos que foram atingidos.

### **2.1. Objectivos Educacionais**

#### **Objectivo geral:**

- Adquirir conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés.

#### **Objectivos específicos:**

- ❖ Identificar os cuidados de higiene adequados aos pés;
- ❖ Identificar os cuidados de vigilância dos pés;
- ❖ Referir qual o tipo de meias e calçado mais adequado;
- ❖ Reconhecer os sinais e sintomas de alerta.
- ❖ Referir a necessidade de vigilância regular do pé pelo enfermeiro.

### **2.2. Objectivos Operacionais / Metas**

- ⊗ Que 30% dos utentes convocados, compareçam às AES;
- ⊗ Que 5% dos familiares/cuidadores dos utentes convocados, compareçam às AES;
- ⊗ Que 50% dos utentes presentes na AES aumentem os conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés

### **3. Selecção / Organização de Conteúdos**

De acordo com a APDP (2010) a educação da pessoa com diabetes e seus familiares ou outros prestadores de cuidados é a base da prevenção de lesões e amputações no contexto do tratamento do pé diabético. É, portanto, através da educação que podemos fazer a diferença. Sabe-se que cerca de 80% a 90% das feridas são provocadas por traumatismos e, portanto, se os conseguirmos evitar, podemos estar a intervir na causa da grande maioria destas feridas.

Os cuidados preventivos aos pés incluem uma série de passos considerados essenciais e que devem ser efectuados diariamente pela própria pessoa, por um familiar ou cuidador no caso de a pessoa não ter essa possibilidade e regularmente por um profissional de saúde.

Entre esses cuidados, sugeridos pela APDP (2010), pretende-se seleccionar para uma primeira abordagem:

#### **A. Cuidados de higiene**

Lavagem regular dos pés, secando cuidadosamente entre os dedos;

Verificar a temperatura da água antes dos cuidados de higiene;

Hidratação da pele dos pés, mas não incluir os dedos nem os espaços interdigitais;

Cuidados ungueais, nomeadamente no corte das unhas e utilização de lima de cartão.

#### **B. Cuidados de vigilância**

Inspeção diária dos pés, incluindo a área entre os dedos, se necessário, com recurso a um espelho ou outra pessoa.

#### **C. Cuidados com meias e calçado**

Ter em atenção o hábito de andar descalço e de calçar sapatos sem meias;

Uso de meias de cor clara, sem elásticos e costuras ou com estas viradas para fora;

Uso de meias de material absorvente (fibras naturais de algodão ou lã);

Uso de calçado com espaço para os dedos (medir mais um centímetro para além do dedo mais comprido);

Uso de calçado suficientemente largo e alto na ponta, com tacão baixo e calcanhar firme e alto;

Uso de palmilhas ou suporte plantares.

**D. Exame por profissional de saúde**

As pessoas com o diagnóstico de DM devem ser avaliadas pelo menos uma vez por ano (DGS, 2010) para identificação de factores de risco de lesões dos pés.

De acordo com o resultado da avaliação efectuada, cabe ao profissional de saúde definir a periodicidade de reavaliação, de acordo com o grau de risco.

**4. Selecção / Organização de Estratégias de Ensino / Aprendizagem**

Para a presente AES pretende-se utilizar o método afirmativo – participativo, com recurso a técnica expositiva utilizando como meio de ensino e aprendizagem um projector multimédia (Anexo I – Diapositivos da AES).

Considerando o grupo-alvo procurou-se adaptar a linguagem tendo em conta a idade e grau de literacia. Relativamente a este último ponto, como o grupo é heterogéneo, optou-se por imagens e frases simples e apelativas na elaboração dos slides.

Foi elaborada apresentação de slides em PowerPoint.

## 5. Plano da Sessão

Será realizada uma apresentação em PowerPoint de acordo com o plano da sessão que se apresenta de seguida.

**Quadro 1** – Plano da Sessão

<p><b>Formador:</b> Ana Sofia Cardoso Valente Tomé</p> <p><b>Tema:</b> “Cuide dos seus Pés, Cuide de Si”</p> <p><b>Grupo-alvo:</b> Utentes com diabetes mellitus, que responderam ao formulário do diagnóstico de saúde e seus familiares/cuidadores.</p> <p><b>Data e hora:</b> 16/11/2011 às 10:30h; 21/11/2011 às 10:30h; 25/11/2011 às 15:30h.</p> <p><b>Local:</b> Centro Paroquial da Senhora da Hora.</p> <p><b>Duração:</b> 30 minutos</p> <p><b>Objectivo geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adquirir conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés.</li> </ul> <p><b>Objectivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Identificar os cuidados de higiene adequados aos pés;</li> <li>❖ Identificar os cuidados de vigilância dos pés;</li> <li>❖ Referir qual o tipo de meias e calçado mais adequado;</li> <li>❖ Reconhecer os sinais e sintomas de alerta.</li> <li>❖ Referir a necessidade de vigilância regular do pé pelo enfermeiro.</li> </ul>			
Fase/ Duração	Conteúdos	Metodologia	Avaliação
<p><b>Introdução</b> 8 minutos <i>Comum às três formadoras.</i></p>	<p>Apresentação das formadoras e dos temas. Avaliação diagnóstica.</p>	<p>Método expositivo, afirmativo e participativo, com recurso a apresentação de slides multimédia.</p>	<p>Resposta a perguntas fechadas (em folha própria).</p>
<p><b>Desenvolvimento</b> 15 minutos</p>	<p>Apresentação dos assuntos seleccionados acerca do tema: Cuidados de higiene aos pés; Cuidados de vigilância aos pés Meias adequadas; Calçado adequado; Sinais e sintomas de alerta.</p>	<p>Método expositivo, afirmativo e participativo, com recurso a apresentação de slides multimédia.</p>	<p>Colocação de questões. Registo em folha de observação.</p>
<p><b>Conclusão</b> 7 minutos</p>	<p>Resumo dos principais pontos. Esclarecimento de dúvidas. Avaliação final da sessão.</p>	<p>Método expositivo, afirmativo e participativo, com recurso a apresentação de slides multimédia.</p>	<p>Resposta a perguntas fechadas (em folha própria).</p>

## **6. Selecção / Organização de Estratégias de Avaliação**

Para avaliação da sessão, optou-se por utilizar um questionário, que irá ser entregue aos utentes, com questões fechadas e que permitam resposta escrita dos formandos. Este questionário irá ser aplicado no início e no final de cada sessão, de forma a avaliar os conhecimentos prévios e os conhecimentos adquiridos no final. Para a primeira sessão elaborou-se um questionário (Anexo II – Questionário de avaliação diagnóstica/final da primeira sessão).

Tendo em conta que há utentes com o nível de literacia baixo, cada formadora irá prestar apoio aos utentes que sentirem mais dificuldade em responder às questões colocadas. Ao longo das sessões irá ser avaliada a adequação da linguagem utilizada, procurando conhecer as dificuldades dos utentes, pelo sentiu-se a necessidade de ajustar tanto a apresentação dos slides como a avaliação da sessão, tendo sido reformulado o questionário inicial de avaliação, visto alguns utentes terem tido dificuldade em compreender as questões colocadas (Anexo III – Questionário de avaliação diagnóstica/final da segunda sessão).

Durante a realização das sessões, irá ser efectuada a avaliação através da observação das intervenções dos utentes, registada pela formadora que não esteja a efectuar a apresentação.

Para que se possa avaliar a eficácia da EPS, elaboraram-se indicadores de processo e indicadores de resultado.

### **Indicadores de processo:**

- *Percentagem de utentes presentes na AES.*

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes presentes nas AES}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes convocados para as AES}} \times 10^2$$

- *Percentagem de familiares/ cuidadores presentes na AES.*

$$\frac{\text{Nº de utentes familiares presentes nas AES}}{\text{Nº de familiares/ cuidadores que confirmaram presença nas AES}} \times 10^2$$

**Indicador de resultado:**

- *Percentagem de utentes e familiares/cuidadores que aumentaram os conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés.*

$$\frac{\text{Nº de utentes e familiares/cuidadores que apresentam conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés}}{\text{Nº total de respostas}} \times 10^2$$

## **II. EXECUÇÃO**

Durante a execução das acções de formação, deparámo-nos com diversos problemas, que foram sendo solucionados.

Ponderou-se que os utentes, indo a uma AES, poderiam não estar disponíveis para assistir a outras realizadas noutros momentos. Deste modo, optou-se por juntar as três formadoras e abordar em cada sessão os temas de cada uma, visto termos noção da dificuldade em trazer os utentes às sessões de formação em grupo. O constrangimento desta opção revelou-se a necessidade de abordar as questões principais de cada tema, de uma forma sintética para que a duração da sessão não se prolongasse muito.

Durante a primeira sessão (realizada a 16-11-2011), deparámo-nos com a dificuldade dos utentes em compreenderem as perguntas do questionário de avaliação, pelo que no momento, cada uma das formadoras auxiliou os utentes na explicação das perguntas e ajudando uma utente que declarou ser analfabeta, lendo-lhe as perguntas.

Considerou-se necessário para as sessões seguintes ajustar a linguagem das questões de avaliação, diminuindo o questionário, simplificando as perguntas e adicionando uma coluna com a resposta “não sei”.

A opção de acompanhar as sessões com um lanche a meio pareceu-nos adequada e uma forma de demonstrar a opção de um lanche saudável, tendo sido um factor motivador para os utentes presentes.

O local de realização das sessões foi considerado adequado e, em alguns casos, motivador para a presença dos utentes.

### III. AVALIAÇÃO

Neste capítulo pretende-se apresentar a avaliação das sessões efectuadas, quer ao nível das respostas ao questionário diagnóstico e final, quer ao nível da observação efectuada ao longo da sessão.

Considerando que o questionário de avaliação foi alterado da primeira sessão para as seguintes, decidiu-se efectuar a apresentação dos resultados das respostas ao questionário separadamente.

#### Sessão de 16-11-2011

Para a sessão de 16-11-2011, foram convocados 20 utentes.

O número total de formandos presentes na sessão foi sete (7), sendo seis (6) utentes da população-alvo e uma (1) pessoa que era cuidadora de uma das utentes presentes.

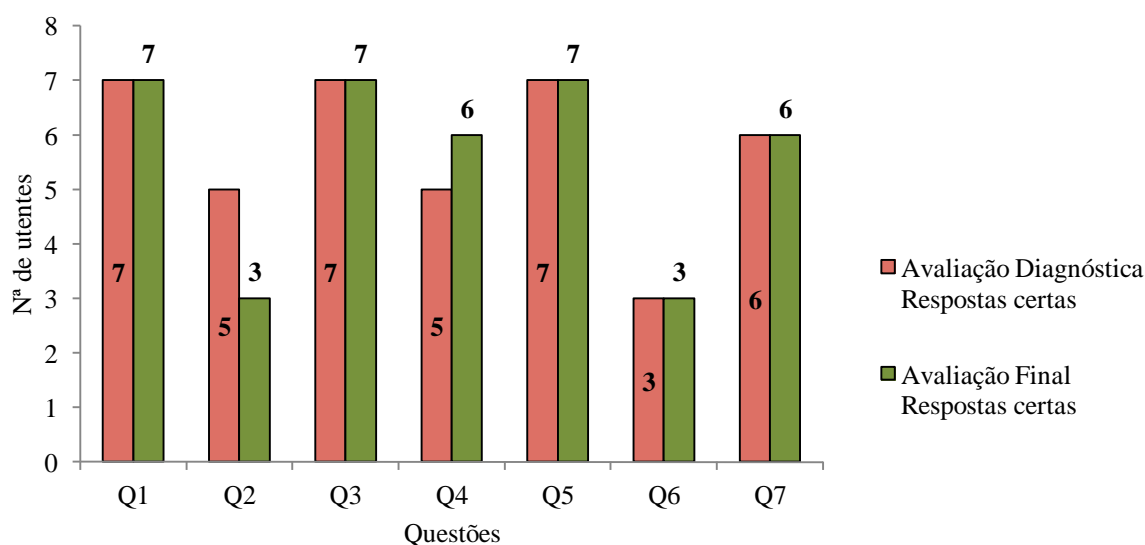
Os resultados das respostas ao questionário aplicado no início e no final da sessão encontram-se no quadro seguinte (Quadro 2).

**Quadro 2** – Frequências absolutas das respostas ao questionário diagnóstico/ final da sessão de 16-11-2011, por pergunta

n=7	Avaliação diagnóstica			Avaliação Final		
	Nº respostas certas	Nº respostas erradas	Não sabe	Nº respostas certas	Nº respostas erradas	Não sabe
Q1	7	0	0	7	0	0
Q2	5	2	0	3	4	0
Q3	7	0	0	7	0	0
Q4	5	2	0	6	1	0
Q5	7	0	0	7	0	0
Q6	3	4	0	3	4	0
Q7	6	1	0	6	1	0

Analisando o Gráfico 1 observa-se que na primeira AES os ganhos obtidos foram escassos, apenas a questão nº 5 apresentou um aumento de respostas certas e na segunda questão houve uma inversão, diminuindo o nº de respostas certas.

**Gráfico 1** – Comparação das frequências absolutas das respostas certas na avaliação diagnóstica e na avaliação final, na sessão de 16-11-2011, por pergunta



O número total de respostas certas no questionário diagnóstico corresponde a 82% da amostra, enquanto o número total de respostas certas no questionário final corresponde a 80% da amostra, ocorrendo uma diminuição em 2%.

Efectuada a avaliação da sessão, decidiu-se reformular o questionário de avaliação, tanto em número de questões (considerou-se um questionário muito longo), como as próprias questões (considerou-se que algumas questões não eram bem perceptíveis para os utentes). Considera-se que poderá ter sido este o motivo de não terem ocorrido ganhos em termos de conhecimentos, no final desta sessão.

Sessão de 21-11-2011

Para a sessão de dia 21-11-2011 foram convocados 22 utentes da população-alvo. Estiveram presentes um total de 16 utentes, dos quais 10 eram utentes da população-alvo, cinco (5) eram familiares/cuidadores e um (1) utente que não fazia parte da população-alvo.

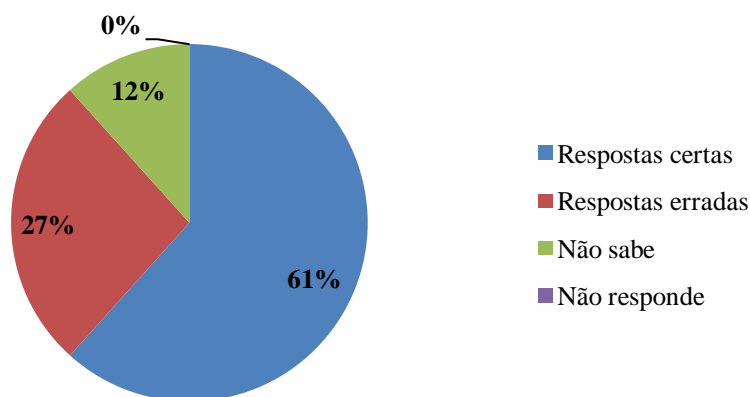
O Quadro seguinte mostra os resultados das respostas ao questionário diagnóstico e final. Ao questionário diagnóstico apenas responderam 15 pessoas e à avaliação final só responderam 11 pessoas, tendo quatro utentes saído mais cedo e não responderam ao questionário.

**Quadro 3** – Frequências absolutas das respostas ao questionário diagnóstico/ final da sessão de 21-11-2011, por pergunta

	Avaliação diagnóstica n=15			Avaliação Final n=11		
	Nº respostas certas	Nº respostas erradas	Não sabe	Nº respostas certas	Nº respostas erradas	Não sabe
<b>Q1</b>	13	1	1	11	0	0
<b>Q2</b>	6	5	4	10	1	0
<b>Q3</b>	9	5	1	9	2	0
<b>Q4</b>	9	5	1	8	2	1

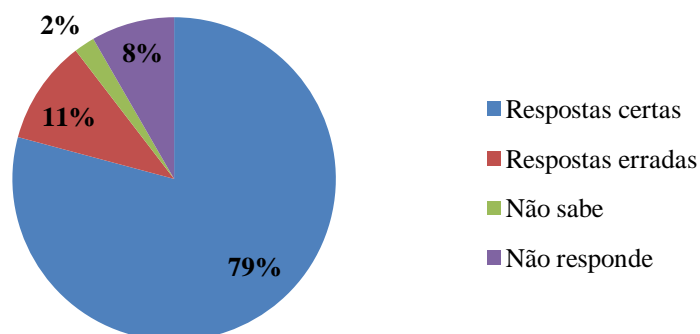
No Gráfico 2 pode-se observar que na avaliação diagnóstica foi possível observar 61% de respostas correctas.

**Gráfico 2** – Distribuição percentual das respostas ao questionário diagnóstico da sessão de 21-11-2011



O Gráfico 3 que a seguir se apresenta revela-nos que o número de respostas correctas no questionário final foi de 79%, tendo havido um aumento de 18% relativamente ao questionário diagnóstico.

**Gráfico 3** – Distribuição percentual das respostas ao questionário final da sessão de 21-11-2011



### Sessão de 25-11-2011

Para a sessão de dia 25-11-2011 foram convocados 18 utentes. Estiveram presentes um total de nove (9) utentes, dos quais, oito (8) eram da população-alvo e um (1) utente não fazia parte da população-alvo.

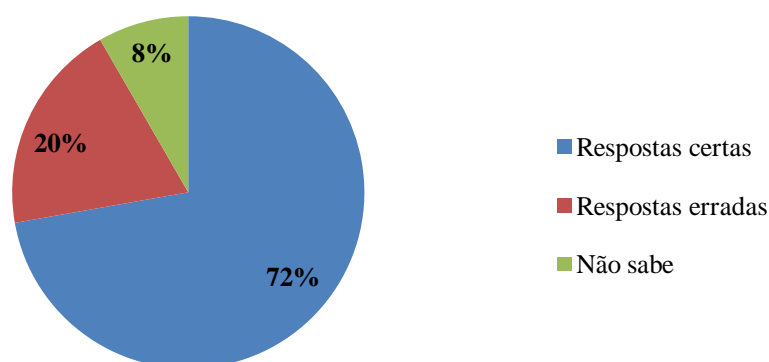
Os resultados das respostas ao questionário aplicado no início e no final da sessão encontram-se no quadro seguinte (Quadro 4).

**Quadro 4** – Frequências absolutas das respostas ao questionário diagnóstico/ final da sessão de 25-11-2011, por pergunta

n=9	Avaliação diagnóstica			Avaliação Final		
	Nº respostas certas	Nº respostas erradas	Não sabe	Nº respostas certas	Nº respostas erradas	Não sabe
Q1	9	0	0	9	0	0
Q2	7	0	2	9	0	0
Q3	8	1	0	9	0	0
Q4	2	6	1	8	1	0

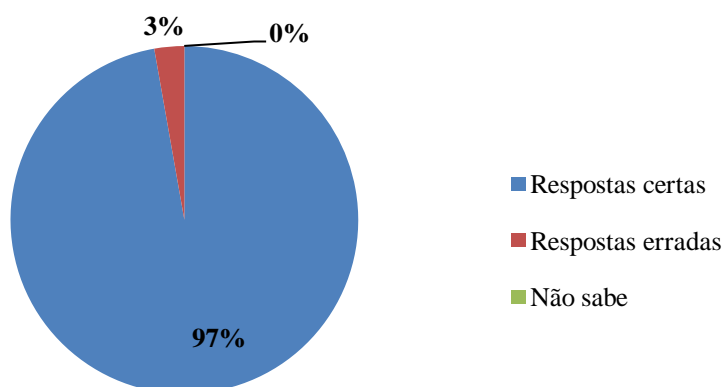
As respostas dadas ao questionário diagnóstico (Gráfico 4) mostram-nos um total de 72% de respostas correctas, com uma percentagem significativa de utentes que deram respostas erradas (20%) e 8% disseram que não conheciam a resposta à pergunta.

**Gráfico 4** – Distribuição percentual das respostas ao questionário diagnóstico da sessão de 25-11-2011



De seguida apresentamos o Gráfico 5, que nos mostra as respostas dadas ao questionário final, com uma percentagem significativa de respostas correctas: 97%. Comparativamente ao questionário diagnóstico, ocorreu um aumento de 25% nas respostas certas dadas pelos utentes.

**Gráfico 5** – Distribuição percentual das respostas ao questionário final da sessão de 25-11-2011

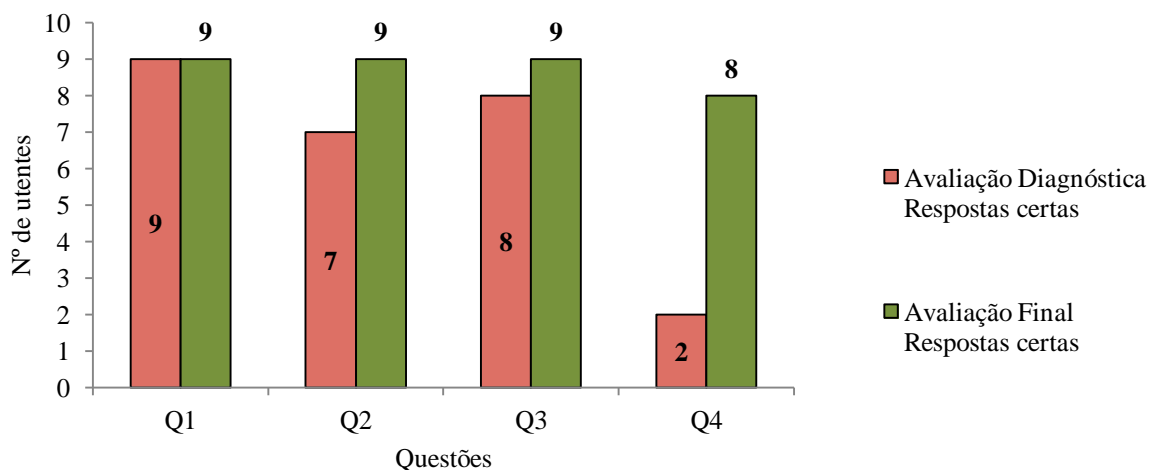


Nesta sessão procurou-se focar com maior assertividade os pontos que pareceram suscitar dúvidas nas primeiras sessões, melhorando os resultados das respostas dos utentes ao questionário final.

É necessário considerar que o esforço de melhorar a informação que se dá aos utentes e a forma como esta é transmitida, deve ser constante, pois mais importante do que os números que aqui apresentamos é a informação que ficou retida pelos utentes e que os poderá levar a alterar o seu comportamento face ao cuidado dos pés.

Ao ser efectuada a comparação entre os resultados das respostas certas na avaliação diagnóstica e na avaliação final, relativamente a cada pergunta (Gráfico 6), conclui-se que na sessão de dia 25-11-2011 ocorreram ganhos em termos de conhecimentos.

**Gráfico 6** – Comparação das frequências absolutas das respostas certas na avaliação diagnóstica e na avaliação final, na sessão de 25-11-2011, por pergunta



Esta sessão decorreu sem sobressaltos, ocorrendo a participação activa dos utentes, que foram expondo as suas questões e procurou-se dar a melhor resposta possível, para que os utentes pudessem ficar esclarecidos.

## **Resultados das observações durante as sessões**

Ao longo da sessão foram colocadas diversas questões aos utentes, procurando conhecer melhor os cuidados que cada um tem com os seus pés e as dificuldades pelas quais já passaram.

Assim, a maioria dos utentes referiu que o principal cuidado que tem com os pés é lavar diariamente e secar bem entre os dedos., mas surgiu a dúvida colocada por um utente quanto ao sabão mais adequado a utilizar.

Relativamente aos cuidados com as unhas, algumas utentes referem que vão à cabeleireira e outros utentes dizem que têm o hábito de cortar os cantos das unhas.

Os maiores problemas que os utentes referiram foram a presença de micoses nos pés e/ou unhas e terem já tido úlcera anteriormente (um utente).

Apesar de identificarem correctamente o tipo de sapatos mais adequados, observou-se que algumas utentes ainda usam sapatos mais estreitos na extremidade e a maioria dos utentes confessou andar muitas vezes descalço, principalmente em casa.

## **Indicadores de avaliação**

De seguida apresentam-se os resultados obtidos que permitirão calcular os indicadores de avaliação, numa soma das três sessões.

### Convocações via telefone:

- 60 utentes da população-alvo;
- 5 familiares/cuidadores que confirmaram que estariam presentes nas AES.

### Presenças nas sessões:

- 24 utentes da população-alvo;
- 6 familiares/ cuidadores;
- 2 utentes não pertencentes à população-alvo.

**Indicadores de processo:**

- *Percentagem de utentes presentes na AES.*

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes presentes nas AES}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes convocados para as AES}} \times 10^2$$

$$24/60 = 0,4 \times 10^2 = 40\%$$

Para este indicador a **meta** previamente traçada foi de **30%**.

O **resultado** obtido foi de **40%** de utentes convocados e que estiveram presentes nas sessões, pelo que se conclui que o indicador foi atingido e ultrapassado.

- *Percentagem de familiares/ cuidadores presentes na AES.*

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes familiares presentes nas AES}}{\text{N}^\circ \text{ de familiares/ cuidadores que confirmaram presença nas AES}} \times 10^2$$

$$6/5 = 1,2 \times 10^2 = 120\%$$

Para o indicador “percentagem de familiares/cuidadores presentes nas AES”, traçou-se a **meta de 5%**.

O **resultado** obtido foi de **120%** de familiares/cuidadores presentes nas AES relativamente aos convocados e que confirmaram presença.

Este resultado foi considerado relevante, contudo o número de familiares/cuidadores que confirmaram a presença nas AES ficou aquém das expectativas, pois apenas cinco pessoas referiram que iriam acompanhar o utente diabético à sessão.

**Indicador de resultado:**

- *Percentagem de utentes e familiares/cuidadores que aumentaram os conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés.*

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes e familiares/cuidadores que apresentam conhecimentos sobre higiene, vigilância e cuidados aos pés}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas}} \times 10^2$$

Para este indicador traçou-se a **meta de 50%**.

Pelo motivo explicado anteriormente, foi calculador este indicador em separado para cada sessão.

Sessão de 16-11-2011

O número total de respostas certas no questionário diagnóstico correspondeu a 82% da amostra, enquanto o número total de respostas certas no questionário final correspondeu a 80% da amostra, ocorrendo uma diminuição em 2%.

Nesta sessão o indicador não foi alcançado, motivo pelo qual o questionário de avaliação foi ajustado.

Sessão de 21-11-2011

A percentagem de respostas correctas no questionário diagnóstico foi de 61% e no questionário final foi de 79%, tendo havido um aumento de 18% nas respostas correctas.

Sessão de 25-11-2011

As respostas dadas ao questionário final mostraram uma percentagem significativa de respostas correctas: 97%. Comparativamente ao questionário diagnóstico, ocorreu um aumento de 25% nas respostas certas dadas pelos utentes. Podemos concluir que esta sessão foi a com maior sucesso, comparando com as sessões anteriores.

#### **IV. CONCLUSÃO**

A Diabetes continua a ser uma das doenças crónicas que mais impacto tem na população portuguesa. Este impacto observa-se não só ao nível da pessoa afectada, mas dos seus familiares e cuidadores, revelando uma grande importância ao nível socioeconómico.

Aos profissionais de saúde cabe a tarefa de monitorizar os casos de pessoas com Diabetes, caracterizando a população, procurando instruir e orientar para que possam manter a melhor qualidade de vida possível.

A prevenção das lesões nos pés é um dos aspectos sobre os quais os enfermeiros podem intervir, no sentido de promover a saúde da pessoa com Diabetes. Sendo uma das várias complicações que podem surgir, é um foco de atenção importante na prática de cuidados na comunidade.

O desenvolvimento de acções de educação para a saúde na procura da sensibilização da população é uma das estratégias que se podem utilizar para alcançar o objectivo, e quando realizadas em grupo permitem atingir um maior número de pessoas.

A elaboração deste documento de planeamento de acção de educação para a saúde, permitiu atingir os objectivos inicialmente formulados, traduzindo o esforço do grupo em estágio para levar aos utentes da população-alvo mais alguns conhecimentos que lhes permitam enfrentar a sua doença com maior consciência e ponderação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALMEIDA, Carlos Costa, et al. – **Pé Diabético: Recomendações para o diagnóstico, profilaxia e tratamento**. 1ª ed. Capítulo de Cirurgia Vasculiar da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, 2006.

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL – **Pé Diabético: Caminhando para um futuro melhor**. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda, 2010. ISBN 978-972-757-681-4.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Pé Diabético: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**. Circular Normativa nº 05/PNPCD, 22.03.2010

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. ISBN 972-675-109-8. Vol. 2

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**. Lisboa, 2008. [Consult. em 18 Abr. 2011]. Disponível na <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013262.pdf>.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES – **Diabetes, Factos e Números 2010: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal**. Lisboa, 2010. [Consult. em 18 Abr. 2011]. Disponível na <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&access=0>.

**ANEXOS**

**Anexo I – Diapositivos da AES**

# **CUIDE DOS SEUS PÉS**

## **CUIDE DE SI**



Formadora:  
**Enf.ª Ana Sofia Tomé**

Novembro de 2011

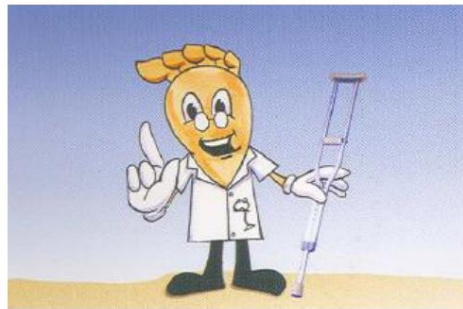


**Sabia que os seus pés movem-se cerca de 160.000 km  
durante a vida toda?**

Isto corresponde a cerca de quatro voltas à Terra!



Já pensou como seria se  
perdesse um dos pés a  
meio desta jornada?



Sem contar com os acidentes,  
**a Diabetes é a principal causa de amputações dos pés.**

Descuidar os seus pés pode resultar em **amputação**  
e pode custar-lhe a vida também.

## PÉ DIABÉTICO

Qual é a sua causa?

**Lesão nos nervos dos pés**

• Perda de sensibilidade

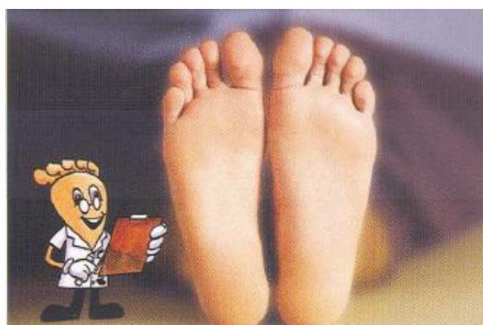
**Alteração nos vasos sanguíneos**

• Dor nas pernas ou pés quando caminha  
• Pés pálidos e frios

**Alterações nos ossos e articulações**

• Deformações nos pés

Podem aparecer **úlceras** nos pés



Então, **se tem Diabetes** e quer que os seus pés continuem saudáveis, existem algumas indicações que deve seguir.

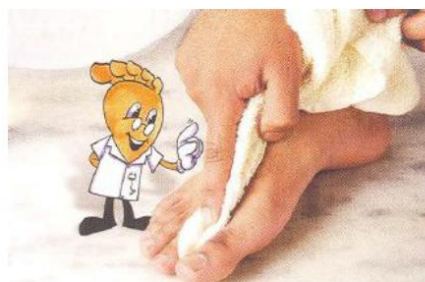
**CUIDE DOS SEUS PÉS**

## HIGIENE



Lave os pés todos os dias.  
Use sabão neutro.  
Verifique se a água está morna,  
antes de introduzir os pés

Seque com cuidado os pés,  
em especial entre os dedos.



## HIGIENE



Aplique creme hidratante,  
mas não entre os dedos.

Corte as unhas a direito.  
Use lima de cartão ou tesoura de  
pontas redondas

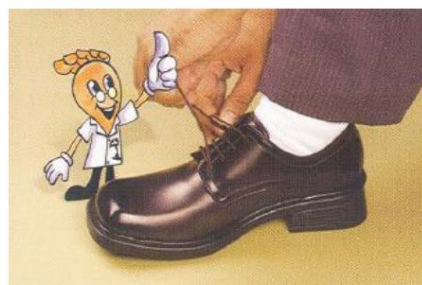


## **CUIDE DOS SEUS PÉS**

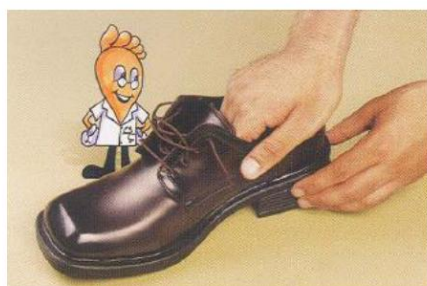


**Evite andar descalço,**  
seja em que situação for, quer seja  
dentro ou fora de casa.

**Proteja os seus pés,**  
use sempre calçado apropriado.



## **CUIDE DOS SEUS PÉS**



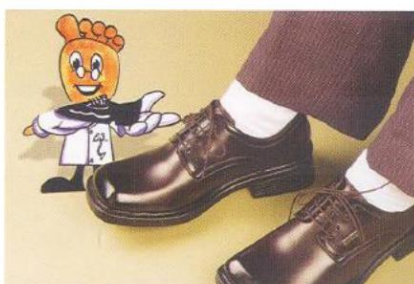
**Verifique se há algum objecto estranho**  
dentro dos sapatos, antes de os calçar.

## CALÇADO

**Evite sapatos apertados** e com costuras salientes.

Compre os sapatos novos ao fim da tarde.

Se os sapatos forem novos, use-os por curtos períodos.



## CALÇADO

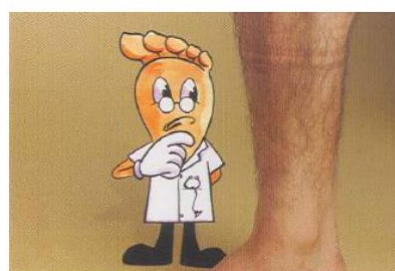


## MEIAS



**Use sempre meias de algodão,**  
com sapatos ou sandálias, de cor clara.  
Troque as meias todos os dias.  
Assegure-se que não têm costuras, ou  
que calça as meias do avesso.

As meias devem ser bem  
adaptadas e sem elásticos.



## CUIDE DOS SEUS PÉS



**Evite colocar os seus pés junto a qualquer objecto quente**

Ex: botija de água quente, cobertor eléctrico, aquecedor ou  
lareira.

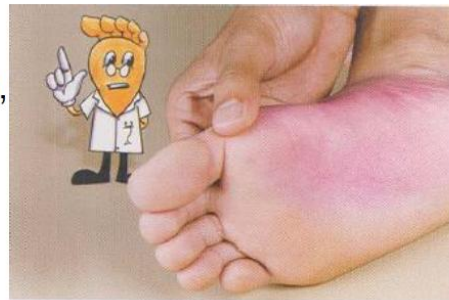
## OBSERVE BEM



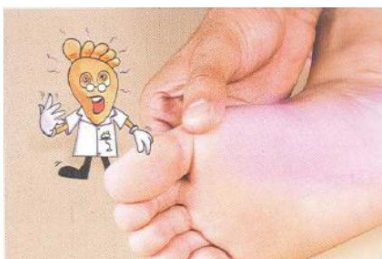
**Observe os seus pés todos os dias.**

Use um espelho ou peça ajuda.

Procure **alterações na cor da pele**, tais como vermelhidão ou cor escurecida.



## ESTEJA ATENTO



Se uma parte ou todo o pé ficarem estranhamente quentes...

Se verificar algum tipo de drenagem nos pés...

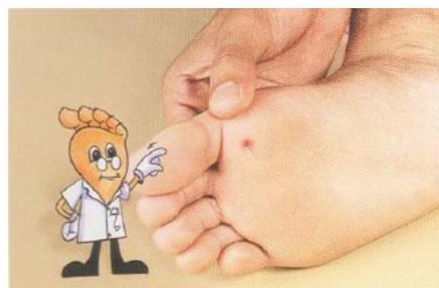


## ESTEJA ATENTO...



Se os seus pés começarem com mau cheiro...

Se notar algum tipo de ferida, ou começar a sentir fortes dores nos pés...



## ESTEJA ATENTO...



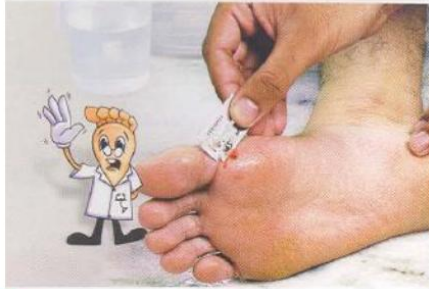
Se começar a sentir-se mal, enjoado, com vômitos ou febre...

Se tiver dificuldade em manter controlado o nível de açúcar no sangue...



# NÃO FIQUE PARADO... REAJA!

Procure o seu Médico ou Enfermeiro de Família  
**imediatamente.**



Evite auto-medicar-se.

Evite mexer nas feridas ou tentar  
tratar-se a si próprio.

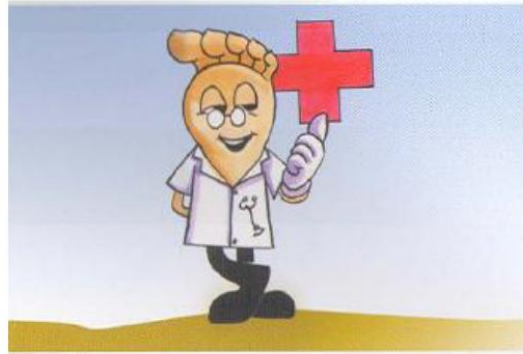
Não permita que profissionais não  
qualificados lhe tratem dos pés.

## SIGA AS INDICAÇÕES



Vá sempre ao seu **Enfermeiro de Família**, para os tratamentos.

Mantenha os ferimentos protegidos e o penso limpo.



Visite o seu Enfermeiro de Família,  
**pelo menos uma vez por ano**  
para avaliar o estado dos seus pés.

## **CUIDE DOS SEUS PÉS**



## **CUIDE DE SI**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

**4º Mestrado em Enfermagem**  
**Especialização em Enfermagem Comunitária**



**Fonte:**



WORLD **DIABETES** FOUNDATION

**Anexo II – Questionário de avaliação diagnóstica/final da primeira sessão**

**“DIABETES”**

Sessão de Educação para a Saúde - 16 de Novembro de 2011

Formadora: Ana Sofia Valente

**Avaliação diagnóstica/ final**

	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
<b>Q1 - O diabético deve lavar os pés todos os dias e secar bem e com cuidado entre os dedos.</b>		
<b>Q2 - Se o pé apresentar cor diferente e ficar mais quente do que o normal, a pessoa diabética não precisa de se preocupar.</b>		
<b>Q3 - A inspeção diária dos pés, em especial entre os dedos é importante para o diabético.</b>		
<b>Q4 - É necessário usar meias de algodão ou lã, sem elásticos ou costuras e cor clara.</b>		
<b>Q5 - A pessoa diabética deve ir ao Enfermeiro de Família pelo menos uma vez por ano para avaliação dos pés.</b>		
<b>Q6 - Na lavagem dos pés, a temperatura da água não é importante.</b>		
<b>Q7 - O diabético pode usar sapatos de pontas estreitas ou sandálias, pois não há qualquer problema para os seus pés.</b>		

**Anexo III – Questionário de avaliação diagnóstica/final da segunda e terceira sessões**

**“DIABETES”**

Sessão de Educação para a Saúde

Formadora: Ana Sofia Valente

Data \_\_\_\_\_

**Avaliação diagnóstica/ final**

	<b>Concordo</b>	<b>Não concordo</b>	<b>Não sei</b>
<b>Q1 - Tenho que observar os meus pés todos os dias, em especial entre os dedos</b>			
<b>Q2 - Posso usar meias de algodão ou lã, sem elásticos ou costuras e cor clara</b>			
<b>Q3 - Posso usar sapatos apertados ou sandálias, pois não prejudicam os meus pés.</b>			
<b>Q4 - Não preciso de ir ao Enfermeiro de Família para avaliação dos pés.</b>			

## **ANEXO V**

**Planeamento da Sessão de apresentação dos  
resultados do Diagnóstico de Situação à equipa  
de saúde**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**Apresentação do Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos  
inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da  
Senhora da Hora**

*Planeamento*

**Alunas:** Ana Maria Ramos

Ana Sofia Tomé

Helena Festas

**Sob orientação de:** Prof. Norminda Magalhães

**Tutora:** Enf.<sup>a</sup> Raquel Azevedo

**Porto, Novembro de 2011**

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	4
1. PLANEAMENTO.....	6
1.1 Pertinência.....	6
1.2 Formulação de objectivos.....	7
1.3 Selecção e organização de conteúdos.....	8
1.4 Plano de sessão.....	9
1.5 Estratégias de avaliação.....	10
1.6 Recursos.....	10
2. EXECUÇÃO.....	11
3. AVALIAÇÃO.....	12
4. CONCLUSÃO.....	13
BIBLIOGRAFIA.....	14
ANEXOS.....	15
Anexo I – Convite enviado às clínicas privadas	
Anexo II – Diapositivos	

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

UCCSH - Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

UCESH - Unidade de Cuidados de Enfermagem Senhora da Hora

## **0. INTRODUÇÃO**

A elaboração de um Diagnóstico de saúde de uma comunidade é um processo complexo, que implica a colaboração entre os vários profissionais que compõem as unidades de saúde, não podendo considerar-se isoladamente cada vertente.

Assim, torna-se fundamental apresentar os resultados do Diagnóstico de saúde realizado, aos profissionais de saúde que não estiveram directamente envolvidos na realização destes, permitindo que também eles possam realizar e/ou colaborar em projectos de intervenção, estando na posse dos conhecimentos necessários. Acima de tudo, e como nos dizem Imperatori e Giraldes (1993), há que evitar intervenções isoladas.

No âmbito do Módulo II: Projecto de Intervenção, integrado no 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH) entre 3 Outubro e 26 Novembro de 2011, desenvolveu-se o presente documento.

Este trabalho corresponde ao planeamento da apresentação aos profissionais de saúde da UCCSH e Unidade de Cuidados de Enfermagem Senhora da Hora (UCESH) do Diagnóstico de Saúde efectuado aos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.

O Diagnóstico de Saúde foi realizado entre Maio e Junho de 2011, no sentido de identificar os problemas e necessidades desta comunidade específica, tendo sido efectuada posteriormente a definição das prioridades tendo em conta os problemas/necessidades encontrados.

Pretende-se que os profissionais das Unidades atrás referidas tenham conhecimento do trabalho efectuado para a obtenção do Diagnóstico de saúde, dos resultados obtidos que permitem caracterizar a população em estudo, assim como dos projectos de intervenção traçados para darem resposta aos problemas detectados. Da mesma forma, pretende-se que estes profissionais possuam as informações

necessárias para que futuramente possam fazer uso delas e elaborar outros projectos de intervenção que considerem importantes.

Os objectivos da elaboração deste documento são:

- Desenvolver competências de elaboração de um planeamento;
- Planear uma das estratégias do projecto de intervenção;
- Dar resposta a uma das vertentes de avaliação do estágio.

O trabalho encontra-se sub-dividido em três capítulos: planeamento, execução e avaliação, sendo que o primeiro capítulo apresenta as várias etapas que permitiram a realização desta actividade, o segundo capítulo apresenta os diversos obstáculos que foram sentidos e como foram ultrapassados e por fim o capítulo da avaliação onde se encontra o cálculo dos indicadores traçados no planeamento e a análise dos resultados obtidos.

## 1. PLANEAMENTO

Este capítulo compreende o planeamento da apresentação do diagnóstico de saúde com as suas várias etapas, o que se revela extremamente importante para o sucesso da acção, uma vez que *“planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher as soluções óptimas entre várias alternativas”* (Tavares, 1992, p.29).

### 1.1 Pertinência

Como nos diz Miranda (2010) *“a formação em contexto clínico deve conter em si o manancial de saberes que satisfaçam as necessidades da organização (por extensão do serviço), dos profissionais e dos utilizadores (indivíduo, famílias e comunidade), pelo que deverá ser entendida numa tripla vertente de saberes: saber (dimensão cognitiva), saber fazer (dimensão operativa/técnica) e saber ser e estar (dimensão ética e relacional); para tal, a articulação de ser transversal e ter um carácter evolutivo”*.

O mesmo autor, citando Amiguiño (1992) e Carvalho (1996) considera a importância da formação em contexto clínico pela necessidade de aprender competências e partilhar saberes que, transpostos para o espaço do cuidar, possam resultar numa mais-valia para o profissional de saúde e para o utentes.

A necessidade sentida para a apresentação dos resultados do Diagnóstico de saúde aos profissionais de saúde da UCCSH e UCESH, prende-se com a importância de se exporem os resultados do trabalho efectuado, para que toda a equipa de saúde possa estar a par dos problemas e necessidades da população estudada, assim como para que possa posteriormente desenvolver projectos nesta área.

Pretende-se também que a equipa de saúde esteja a par dos projectos que estão em curso para dar resposta aos problemas detectados, para que possam de alguma forma contribuir para o seu sucesso.

Pelo mesmo motivo, decidiu-se convidar os médicos das clínicas privadas da Senhora da Hora (Anexo I), para assistirem a esta apresentação, de modo a procurar uma maior aproximação destes profissionais à equipa de Enfermagem que segue os mesmos utentes na UCESH.

Assim, definiu-se como **população-alvo (n=27)**:

- Profissionais de saúde da UCCSH (21 profissionais);
- Profissionais de saúde da UCESH (6 enfermeiros).

## **1.2 Formulação de objectivos**

Como objectivo geral, foi definido:

- Apresentar o Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, aos profissionais de saúde da UCESH e UCCSH.

Como objectivos específicos, foram definidos:

- Definir o dia, local e hora da apresentação;
- Seleccionar os conteúdos a serem apresentados na sessão;
- Construir os diapositivos para a apresentação;
- Definir as formadoras que vão efectuar a apresentação;
- Convidar os profissionais para assistirem à apresentação.

O objectivo operacional/meta é:

- Que 30% da equipa de saúde que integra a UCCSH e UCESH esteja presente na apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação de saúde, no dia 8 de Novembro de 2011.

### **1.3 Selecção e organização de conteúdos**

Foi definido que a melhor estratégia para apresentar os resultados do Diagnóstico de saúde será o método expositivo com recurso de meios auxiliares de ensino e aprendizagem, utilizando a apresentação multimédia em *PowerPoint®* (Anexo II).

Os conteúdos seleccionados para serem abordados foram:

- Metodologia do Planeamento em Saúde;

- Objectivos;

- Diagnóstico de situação de saúde:

  - População-alvo;

  - Colheita de dados;

  - Indicadores de avaliação;

  - Estatística descritiva;

- Conclusões do Diagnóstico;

- Determinação de prioridades.

#### 1.4 Plano de sessão

Apresenta-se de seguida, o plano da sessão.

<p><b>Formadoras:</b> Ana Ramos, Ana Sofia Tomé, Helena Festas <b>Tema:</b> Apresentação do Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora. <b>Grupo – alvo:</b> Profissionais de saúde da UCCSH e UCESH. <b>Data:</b> 8 Novembro 2011. <b>Hora:</b> 14:30 horas. <b>Local:</b> Centro de Saúde da Senhora da Hora – UCCSH – Biblioteca. <b>Duração:</b> 30 minutos. <b>Objectivo:</b> Apresentar o Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.</p>		
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia
<b>Introdução</b> 2 minutos	- Apresentação dos intervenientes e tema;	Método afirmativo
<b>Desenvolvimento</b> 20 minutos	- Metodologia do Planeamento em Saúde - Objectivos - Diagnóstico de situação de saúde População-alvo Colheita de dados Indicadores de avaliação Estatística descritiva - Conclusões do Diagnóstico - Determinação de prioridades	Método afirmativo- expositivo: Com recurso a apresentação multimédia
<b>Conclusão</b> 8 minutos	- Síntese das ideias centrais - Esclarecimento de dúvidas	Método afirmativo

### **1.5 Estratégias de avaliação**

Como **indicador de avaliação** desta sessão, foi definido:

- ↪ Percentagem de profissionais da equipa de saúde que integra a UCCSH e UCESH presentes na apresentação dos resultados do Diagnóstico de saúde, no dia 8 de Novembro de 2011.

$$\frac{\text{Nº de profissionais presentes na sessão de apresentação do Diagnóstico}}{\text{Nº total de profissionais que compõem a UCCSH e UCESH}} \times 10^2$$

A **meta** estabelecida foi de 30%.

Posteriormente, será calculado o indicador de avaliação e analisado o sucesso da sessão de apresentação.

### **1.6 Recursos**

A definição dos recursos necessários para as sessões de formação é um momento importante para o seu sucesso.

Como recursos humanos:

- As três enfermeiras em estágio – Ana Maria Ramos, Ana Sofia Valente e Helena Festas.

Como recursos materiais:

- Sala de reuniões/biblioteca, com pelo menos 20 cadeiras;
- Projector multimédia;
- Tela para projecção;
- Computador.

## **2. EXECUÇÃO**

Neste capítulo devem ser referidos os obstáculos e dificuldades que surgiram no desenrolar da sessão de apresentação do Diagnóstico, bem como as estratégias utilizadas para os ultrapassar.

Considera-se que a falta de motivação entre os profissionais poderá ser um obstáculo à sua presença nesta sessão, assim como o excesso de trabalho que não os permita estar presentes. Contudo, temos esperança que o trabalho desenvolvido durante este estágio seja um factor motivador para a equipa de saúde, nomeadamente à equipa da UCESH, dado que fornece uma ajuda preciosa no conhecimento desta população específica e na divulgação do trabalho da própria equipa da UCESH.

Quanto à equipa médica das clínicas privadas, decidiu-se convidá-los a estarem presentes nesta sessão, uma vez que também eles prestam cuidados aos utentes que fazem parte da população-alvo. A não adesão destes profissionais a esta sessão poderá ser significativa, dado que parecem não ter uma afinidade em termos de trabalho de equipa, com a UCESH.

### **3. AVALIAÇÃO**

A avaliação desta sessão de formação em serviço é efectuada pelo cálculo do indicador atrás definido.

Assim, o indicador traçado foi o seguinte:

↪ Percentagem de profissionais da equipa de saúde que integra a UCCSH e UCESH presentes na apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação de saúde, no dia 8 de Novembro de 2011.

$$\frac{\text{Nº de profissionais presentes na sessão de apresentação do Diagnóstico}}{\text{Nº total de profissionais que compõem a UCCSH e UCESH}} \times 10^2$$

A **meta** previamente estabelecida foi de 30%.

Considerando que estiveram presentes 10 profissionais, num total de 27 que compõem as duas unidades de saúde, **o resultado obtido foi: 37%**.

Podemos assim, inferir que a meta deste indicador foi conseguida e ultrapassada, considerando positivo o interesse dos profissionais da UCCSH e UCESH em obter informações acerca da população estudada.

Por outro lado, consideramos que a ausência dos médicos das clínicas privadas na sessão de apresentação do Diagnóstico de saúde é preocupante, uma vez que todos trabalhamos para melhorar o nível de saúde da população e só com o conhecimento das suas necessidades poderemos dar uma resposta apropriada e eficaz para a resolução dos problemas.

#### **4. CONCLUSÃO**

O planeamento de uma sessão de formação a profissionais de saúde terá obrigatoriamente de seguir trâmites diferentes daqueles necessários para o planeamento das sessões de educação para a saúde aos utentes.

Desde logo, há que ter em atenção o público-alvo à qual esta sessão de formação se destina – profissionais de saúde com um nível de formação superior, o que exigirá rigor na selecção da linguagem a utilizar, nos conteúdos apresentados, assim como na selecção da aparência estética da apresentação em si.

O planeamento da sessão de apresentação do Diagnóstico permitiu-nos discorrer sobre as suas várias etapas, tentando prever na medida do possível as necessidades em termos de recursos, os obstáculos que poderão surgir, resumindo no plano da sessão os aspectos essenciais. Consideramos que os objectivos deste planeamento foram atingidos.

A realização da sessão decorreu sem atritos relevantes, mostrou o interesse dos profissionais em conhecerem os resultados do Diagnóstico de saúde efectuado, reconhecendo a importância de possuírem estas informações para melhorarem o seu trabalho e poderem contribuir também para obter ganhos em saúde nesta comunidade.

## **BIBLIOGRAFIA**

TAVARES, António – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde, 1992.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

MIRANDA, António José de Almeida – **Formação na Prática Clínica de Enfermagem: Os Saberes do Cuidar**. Lisboa, 2010. [Consult. em 27 Nov. 2011]. Disponível na URL: <http://www.apecsp.com/2010/03/formacao-na-pratica-clinica-de-enfermagem-os-saberes-do-cuidar/>, consultado em 27-11-2011

**ANEXOS**

## **Anexo I – Convite enviado às clínicas privadas**

Exmo. Sr. Dr....

**Assunto:** Convite para “Apresentação de Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos das clínicas privadas, residentes na Senhora da Hora”

Senhora da Hora, 31 de Outubro de 2011

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto e encontrando-nos a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora, foi elaborado um diagnóstico de saúde aos utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora, durante os meses de Maio e Junho de 2011.

Vimos por este meio convidar V/Excelências a assistir à apresentação dos resultados do referido diagnóstico de saúde, que irá decorrer no dia 8 de Novembro de 2011, pelas 14h30 no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

Gratas pela atenção,

Com os melhores cumprimentos,

**Anexo II – Diapositivos**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

## **Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos das clínicas privadas, residentes na Senhora da Hora**

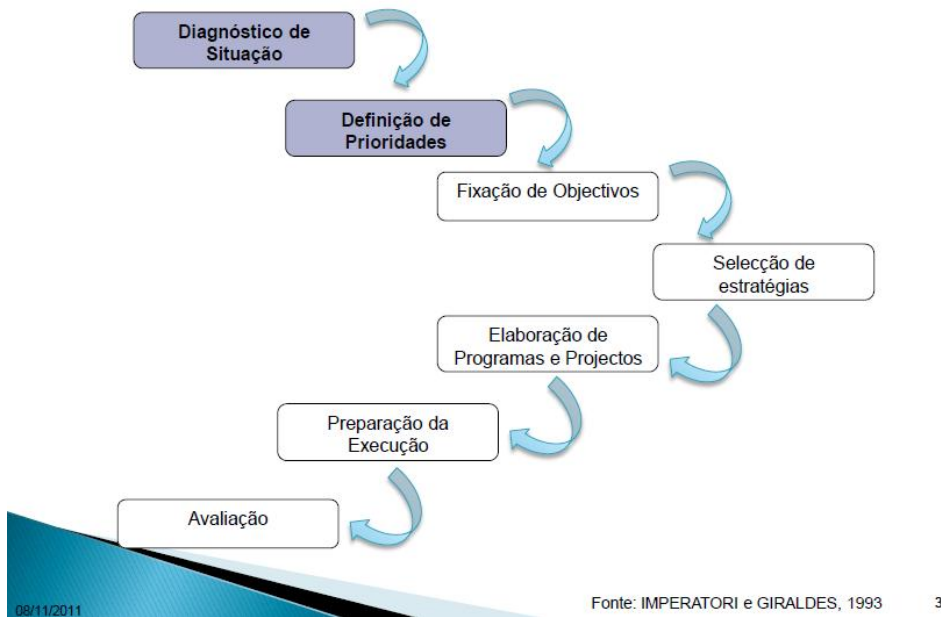


**Realizado por:**  
Ana Maria Ramos  
Ana Sofia Tomé  
Helena Festas

### **Sumário**

- Metodologia do Planeamento em Saúde
- Objectivos
- Diagnóstico de situação de saúde
  - População-alvo
  - Colheita de dados
  - Indicadores de avaliação
  - Estatística descritiva
- Conclusões do Diagnóstico
- Determinação de prioridades

## Metodologia do Planeamento em Saúde



## Objectivos

### Objectivo Geral

Elaborar o diagnóstico de saúde dos utentes diabéticos das clínicas privadas, residentes na Senhora da Hora.

### Objectivos Específicos

Planear o diagnóstico de saúde  
Executar o diagnóstico de saúde  
Apresentar o diagnóstico de saúde

## População - alvo

### Critérios de inclusão:

- Apresentar diagnóstico de Diabetes *Mellitus*;
- Ser utente das clínicas privadas da Senhora da Hora;
- Ser residente na freguesia da Senhora da Hora;
- Estar presente no domicílio aquando da abordagem;
- Aceitar participar voluntariamente.

Inicialmente n=196

Aplicando os critérios de inclusão **n=190**

08/11/2011

5

## Colheita de Dados

- ❖ Realizada entre 16 e 31 de Maio de 2011
- ❖ Aplicado um formulário, preenchido pelas investigadoras
- ❖ Estratégia - Visitação Domiciliária
- ❖ A população-alvo inicial (n=196) foi contactada previamente via telefone:
  - 30 utentes com números errados, não atribuídos ou sem número
  - 63 não atenderam ao telefonema
- ❖ Nº de contactos telefónicos efectivos – 103 (62%)
- ❖ Após o contacto telefónico, foram aplicados os critérios de inclusão:

### População-alvo de 190 utentes

08/11/2011

6

## Colheita de Dados

- ❖ Visitações domiciliárias – 128 (67%)
- ❖ N° de respostas ao formulário – 63 (33%)
- ❖ Taxa de visitas domiciliárias efectivas – 49%

### Amostra de conveniência – 63 indivíduos



08/11/2011

7

## Indicadores de avaliação

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	CONSTRUÇÃO	META	RESULTADO
% de contactos telefónicos prévios	$\frac{\text{N}^\circ \text{ contactos efectivos}}{\text{N}^\circ \text{ tentativas contactos}} \times 10^2$	60%	62%
% de VD efectuadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ VD efectuadas}}{\text{População total}} \times 10^2$	45%	67%
% de VD efectivas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ VD efectivas}}{\text{N}^\circ \text{ VD efectuadas}} \times 10^2$	40%	49%
% de respostas ao formulário	$\frac{\text{N}^\circ \text{ respostas ao formulário}}{\text{População total}} \times 10^2$	40%	33%



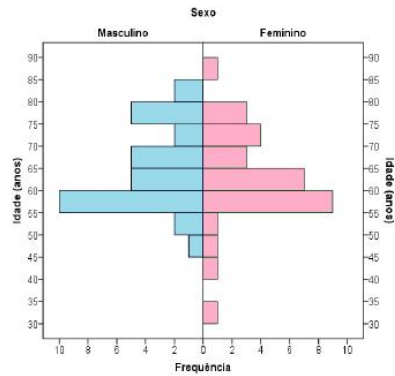
08/11/2011

8

## Estatística Descritiva

### I – Caracterização Socio-demográfica

Pirâmide etária da amostra



31 do sexo feminino e 32 do sexo masculino

08/11/2011

9

## Estatística Descritiva

Características antropométricas da amostra

Dados antropométricos	Média	Desvio-Padrão	Máximo	Mínimo
Idade (anos)	63,22	9,91	85	32
Peso (Kg)	75,37	10,65	97	51
Altura (cm)	163,02	8,73	182	147
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	28,48	4,24	40,9	18,3

08/11/2011

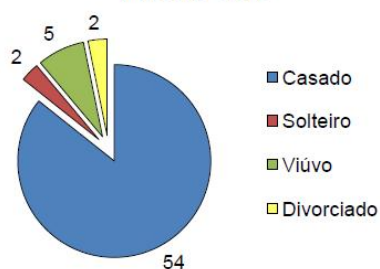
10

## Estatística Descritiva

### Habilitações literárias

Habilitações Literárias	N	%
Ensino Básico incompleto	5	7,9
Ensino Básico	45	71,4
Ensino Secundário	12	19
Ensino Superior	1	1,6

### Estado civil

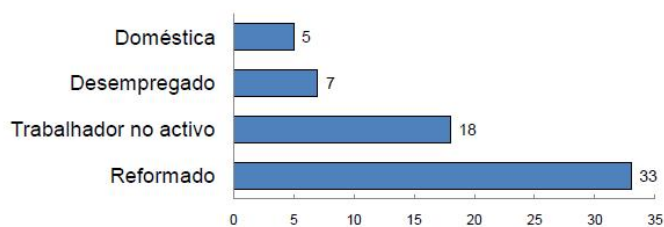


08/11/2011

11

## Estatística Descritiva

### Actividade profissional



### Tipo de família

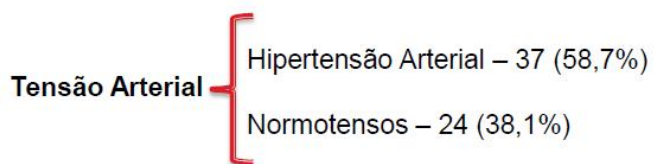
- Nuclear 47 (74,6%)
- Alargada 11 (17,5%)
- Unipessoal 3 (4,8%)
- Reconstruída 1 (1,6%)
- Monoparental 1 (1,6%)

08/11/2011

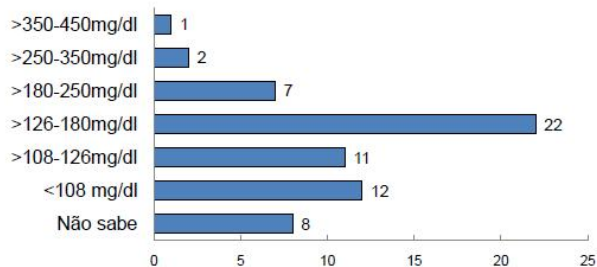
12

## Estadística Descritiva

### II – Caracterização Clínica



**Glicemia capilar em jejum**

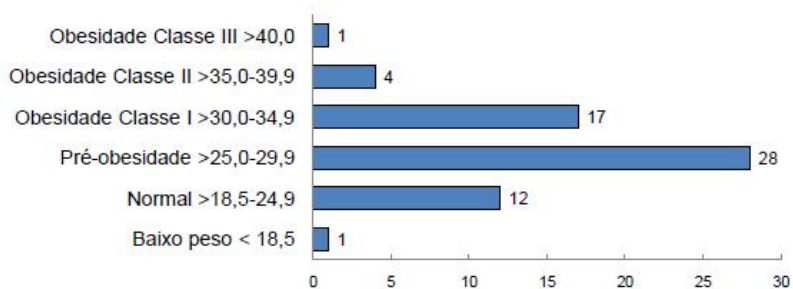


08/11/2011

13

## Estadística Descritiva

### Índice de Massa Corporal



08/11/2011

14

## Estatística Descritiva

### Perímetro abdominal

#### Sexo masculino

< 94cm – 7 (11,1%)  
Entre 94cm e 102cm – 14 (22,2%)  
>102cm – 11 (17,5%)

#### Sexo feminino

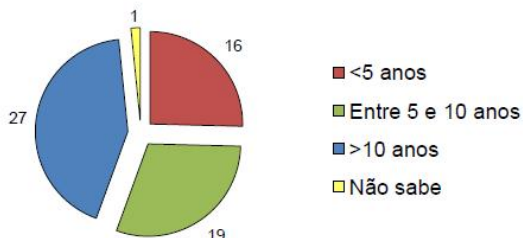
< 80cm – 1 (1,6%)  
Entre 80cm e 88cm – 5 (7,9%)  
> 88cm – 25 (39,7%)

08/11/2011

15

## Estatística Descritiva

### Ano de diagnóstico da Diabetes



### Tipo de Diabetes



**Diabetes tipo 2 – 57 (90,5%)**

Diabetes tipo 1 – 2 (3,2%)

Outro tipo – 1 (1,6%)

Gestacional – 3 (4,8%)

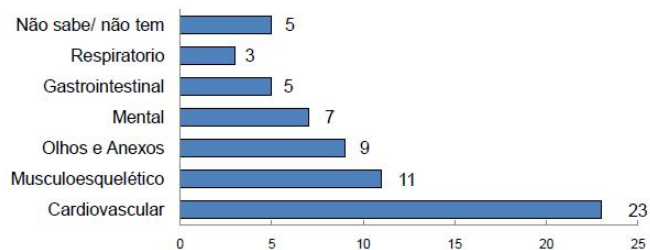
08/11/2011

16

## Estatística Descritiva

### III – Antecedentes Pessoais

#### Patologias associadas



08/11/2011

17

## Estatística Descritiva

#### Hábitos tabágicos

Não fumadores – 37 (58,7%)  
Ex-fumadores – 21 (33,3%)  
Fumadores – 5 (7,9%)

#### Vacina anti-tetânica

Sim – 41 (65,1%)  
Não – 12 (19%)  
Desconhecem – 10 (15,9%)

08/11/2011

18

## Estatística Descritiva

### IV – Gestão do Regime Terapêutico e Necessidades de Suporte

#### Quem faz a gestão do regime terapêutico

O próprio com ajuda – 34 (54%)

O próprio – 29 (46%)

Áreas em que necessita de ajuda	N	%
Alimentação	19	30,1
Vigilância da glicemia capilar	5	7,9
Toma de medicação oral	4	6,3
Medicação injectável	2	3,2
Vigilância dos pés	2	3,2
Outras	2	3,2

08/11/2011

19

## Estatística Descritiva

### Conhecimento dos valores de referência da glicemia em jejum e pós-prandial

Não conhecem o valor da glicemia em jejum – 23 (36,5%)

Não conhecem o valor da glicemia pós-prandial – 34 (54%)

### Conhecimento dos valores de referência da hipoglicemia e hiperglicemia

Não conhecem o valor hipoglicemia – 31 (49,2%)

Não conhecem o valor de hiperglicemia – 25 (39,7%)

08/11/2011

20

## Estatística Descritiva

### V – Regime Medicamentoso

54 (85,7%) toma antidiabéticos orais

13 (20,6%) têm prescrição de insulina

58 (92,6%) referiram não ter dificuldade na toma de medicação

#### Alternância do local de administração da insulina

Dos 13 utentes que administram insulina, apenas 3 não alternam o local de administração



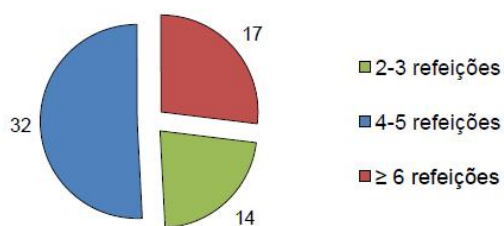
21

## Estatística Descritiva

### VI – Alimentação

54 (85,7%) reconheceram vantagens de uma alimentação adequada

#### Número de refeições por dia



22

## Estatística Descritiva

Intervalo entre refeições	N	%
Diurno, superior a 3 horas	42	66,7
Nocturno, superior a 8 horas	55	87,3

61 (96,8%) ingere legumes e vegetais às principais refeições

59 (93,7%) ingere sopa no início das principais refeições

### Conteúdo da sopa:

Legumes e batatas - 49,2%

Só com legumes - 28,8%

Legumes, batata e massa/arroz – 22%

08/11/2011

23

## Estatística Descritiva

### Ingestão de fruta

38 (60,3%) – ingere 2-3 peças de fruta por dia

46,7% - à sobremesa

30% - à sobremesa e fora das refeições principais

23,3% - no intervalo entre as refeições principais

**36 (60%) nunca acompanha a fruta com hidratos de carbono, fora das principais refeições**

08/11/2011

24

## Estatística Descritiva

### Tipo de comida ingerida

Ingere com mais frequência	N	%
Cozidos e grelhados	35	55,6
Fritos	4	6,3
Estufados	2	3,2
Todos	22	34,9

23 (36,5%) consome regularmente carnes vermelhas

32 (50,8%) ingere **bebidas alcoólicas** diariamente

Destes, 28 (87,5%) referiu ingerir menos de 250ml

08/11/2011

25

## Estatística Descritiva

### Ingestão de açúcar ou adoçante

Ingere açúcar ou adoçante	N	%
Adoçante	32	50,8
Açúcar	18	28,6
Nenhum	13	20,6

### Ingestão de bolos ou doces

Ingestão de bolos ou doces	N	%
Apenas em ocasiões especiais	40	63,5
Algumas vezes por mês	13	20,6
Algumas vezes por semana	5	7,9
Nunca	4	6,3
Todos os dias	1	1,6

08/11/2011

26

## Estatística Descritiva

### Seguir a dieta recomendada

19 (30,2%) referiram ter dificuldades

#### Motivos

Dificuldades em seguir dieta	N	%
Outro (preparar refeições para toda a família, não ser o próprio a cozinhar)	10	52,6
Falta de motivação	6	31,6
Não tem dinheiro	2	10,5
Falta de tempo	1	5,3
Total	19	100,0

08/11/2011

27

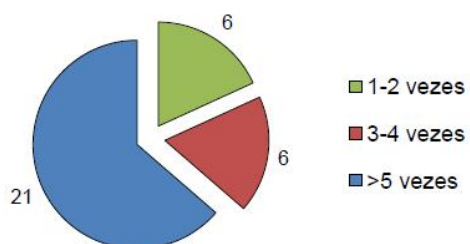
## Estatística Descritiva

### VII – Exercício Físico

50 (79,4%) reconhecem vantagens da prática de exercício físico

33 (52,4%) praticam exercício físico

#### Prática de exercício físico semanal



O exercício mais praticado é a caminhada/ corrida – 26 (78,8%)

08/11/2011

28

## Estatística Descritiva

30 (47,6%) não praticam exercício físico

### Motivo para não praticar exercício físico

Motivos	N	%
Não tem motivação	13	43,3
Tem limitações físicas	8	26,7
Não tem companhia	4	13,3
Outro	4	13,3
Falta de tempo	1	3,3
Total	30	100

08/11/2011

29

## Estatística Descritiva

### VIII – Vigilâncias

#### Vigilância da glicemia capilar

58 (92,1%) efectua a vigilância da glicemia capilar

5 (7,9%) não efectuam

Principais motivos:

- não ter glucómetro (2)
- não se sentir motivado (2)
- ter medo de se picar (1)

08/11/2011

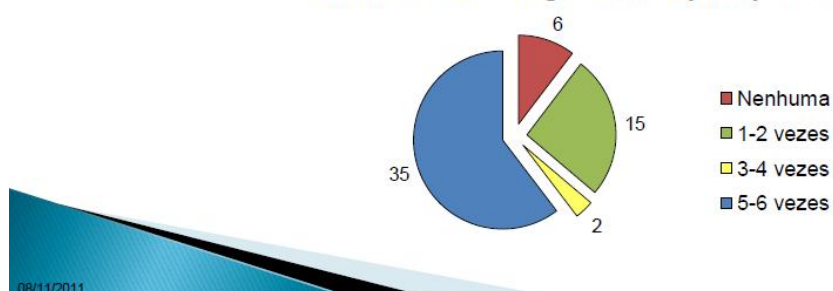
30

## Estatística Descritiva

### Quem faz a vigilância da glicemia capilar

Vigilância glicemia	N	%
O próprio	50	86,2
O prestador de cuidados	5	8,6
O profissional de saúde	2	3,4
Outros	1	1,7
Total	58	100

### Monitorização da glicemia capilar por semana



08/11/2011

31

### Momento da monitorização

Momento do dia	N	%
Jejum	35	60,3
Mais de uma vez/ dia	18	31
Pré-prandial	2	3,4
Pós-prandial	3	5,2
Total	58	100

## Estatística Descritiva

### Local da picada

Zona do corpo	N	%
Dedos – extremidade central	41	70,7
Dedos – extremidade lateral	16	27,6
Outro	1	1,7
Total	58	100

47 (81%) utentes referiram mudar o local com frequência

08/11/2011

32

## Estatística Descritiva

### Vigilância dos pés

15 (23,8%) não faz auto-vigilância

**Motivos:**

- não considerar importante
- não saber avaliar
- falta de ajuda
- não se sentir motivado

49 (79,4%) não é vigiado regularmente por um profissional de saúde



33

## Estatística Descritiva

### Comportamentos preventivos mais frequentes:

- ❖ Inspeccionar diariamente, incluindo a área entre os dedos - 53 (84,1%)
- ❖ Cortar as unhas a direito - 48 (76,2%)
- ❖ Verificar a temperatura da água antes dos cuidados de higiene - 39 (61,9%)

### Comportamentos inadequados mais frequentes:

- ❖ Uso de sapatos sem meias - 29 (46%)
- ❖ Utilizar fontes de calor para aquecer os pés - 20 (31,7%)
- ❖ Andar descalço - 11 (17,5%)



34

## Estatística Descritiva

### Vigilância dos pés efectuada durante as entrevistas

Vigilância dos pés	N	%
Usa calçado adequado	40	63,5
Apresenta queratoses	35	55,6
Apresenta micoses	26	41,3
Apresenta deformação ou proeminência óssea	20	31,7
Úlcera anterior ou actual	10	15,9
Apresenta perda de mobilidade articular	9	14,3
Amputação	1	1,6

08/11/2011

35

## Estatística Descritiva

### Avaliação pulso pedioso

Pulso pedioso	Pé direito		Pé esquerdo	
	N	%	N	%
Presente e normal	45	71,4	48	76,2
Presente e diminuído	16	25,4	14	22,2
Ausente	2	3,2	1	1,6

### Avaliação da sensibilidade à pressão

Sensibilidade à pressão	Pé direito		Pé esquerdo	
	N	%	N	%
Protectora	56	88,9	54	85,7
Não protectora	7	11,1	9	14,3

08/11/2011

36

## Estatística Descritiva

### Avaliação da temperatura

Temperatura dos pés	Pé direito		Pé esquerdo	
	N	%	N	%
Normal	57	90,5	57	90,5
Diminuída	6	9,5	6	9,5

### Avaliação da coloração

Coloração dos pés	Pé direito		Pé esquerdo	
	N	%	N	%
Normal	62	98,4	62	98,4
Cianosada	1	1,6	1	1,6

08/11/2011

37

## Estatística Descritiva

*International Working Group  
on Diabetic Foot (1999)*



**Sistema de classificação de risco  
dos pés**

Subdividido em quatro grupos:

- 0 – Sensibilidade intacta
- 1 – Sensibilidade diminuída/ Circulação arterial intacta e sem deformações no pé
- 2 – Sensibilidade diminuída/ Circulação arterial afectada ou deformações no pé
- 3 – Úlceras ou amputações prévias

**Doentes com pé em risco aumentado de ulceração – inseridos nas  
categorias 1, 2 e 3**

08/11/2011

38

## Estatística Descritiva

### Avaliação do risco de ulceração dos pés

Risco de ulceração dos pés	N	%
Pé com baixo risco de ulceração	48	76,2
Pé com risco aumentado de ulceração	15	23,8

08/11/2011

39

## Estatística Descritiva

### X – Recursos da Comunidade

Onde recorre para a vigilância da diabetes	N	%
Médico de família	48	76,2
Hospital	5	7,9
Mais do que um local	5	7,9
Outro	4	6,3
Enfermeiro de família	1	1,6

**51 (81%) “não conhece” o seu enfermeiro de família**

60 (95,2%) nunca participou sessões de educação para a saúde em grupo

Destes, 50 (78,3%) disseram que gostariam de participar

08/11/2011

40

## Conclusões do Diagnóstico

### Problemas de saúde identificados

- Alterações fisiopatológicas associadas à DM
- Vigilância da glicemia inadequada
- Adesão ao regime dietético comprometida
- Adesão ao regime de exercício comprometida
- Adesão ao regime medicamentoso comprometida
- Vigilância dos pés inadequada
- Comportamento de procura de saúde comprometido
- Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz

08/11/2011

41

## Definição de Prioridades

### Método de Hanlon

Utiliza quatro critérios:

- A. Amplitude ou magnitude do problema
- B. Gravidade do problema
- C. Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema)
- D. Exequibilidade do projecto ou da intervenção

Valor de prioridade =  $(A+B) C \times D$

### Grelha de análise (para desempate)

Análise de cada problema relativamente a quatro critérios:

1. Importância do problema
2. Relação problema/factor de risco
3. Capacidade técnica de resolver o problema
4. Exequibilidade do projecto ou intervenção

08/11/2011

(Tavares, 1992)

42

## Definição de Prioridades

1. Vigilância da glicemia inadequada
2. Adesão ao regime medicamentoso comprometida
3. Comportamento de procura de saúde comprometido
4. Vigilância dos pés inadequada
5. Adesão ao regime dietético comprometida
6. Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz
7. Adesão ao regime de exercício comprometida
8. Alterações fisiopatológicas associadas à diabetes

08/11/2011

43

## Definição de Prioridades

### Definidas três áreas de actuação (consenso de peritos):

- Gestão do regime terapêutico  
(alimentação, exercício físico e regime medicamentoso)
- Vigilância global de saúde
- Vigilância do pé

08/11/2011

44

## Projectos de Intervenção

### MIMAR

Helena Festas

### Vigie a sua Diabetes... Cuide de Si

Ana Maria Ramos

### Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos

Ana Sofia Tomé

### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

### FEIRA DA SAÚDE

### REGISTOS SAPE

## ESTRATÉGIAS

08/11/2011

45



*O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.*

*Fernando Pessoa*

08/11/2011

46

## **ANEXO VI**

### **Planeamento das Visitações Domiciliárias**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

# **Planeamento das Visitações domiciliárias**

*Ana Sofia Cardoso Valente Tomé*

**Sob orientação de:** Prof<sup>ª</sup> Norminda Magalhães

**Tutora:** Enf<sup>ª</sup> Raquel Azevedo

**Porto, Fevereiro de 2012**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

DGS – Direcção-Geral da Saúde

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora

UCESH – Unidade de Cuidados de Enfermagem Senhora da Hora

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visitação Domiciliária

## ÍNDICE

	Página
0 – INTRODUÇÃO.....	6
1 – PLANEAMENTO.....	8
1.1 – Seleção da visitação.....	10
1.2 – Recolha de dados.....	11
1.3 – Objetivos e atividades.....	11
1.4 – Material necessário.....	14
2 – EXECUÇÃO.....	15
2.1 – Apresentação e análise dos dados obtidos.....	16
3 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	23
4 – CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS.....	28
ANEXO I – Guia de Observação e Registo da Visitação Domiciliária	
ANEXO II – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	
ANEXO III – Folheto informativo sobre cuidados aos pés	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
<b>Gráfico 1</b> – Distribuição das frequências absolutas dos resultados da avaliação da autovigilância e cuidados aos pés.....	18
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição das frequências absolutas dos resultados da técnica de autovigilância dos pés.....	20

## ÍNDICE DE QUADROS

	Página
<b>Quadro 1</b> – Cronograma das VD.....	15
<b>Quadro 2</b> – Distribuição das frequências absolutas da avaliação da sensibilidade, pulso e calosidades.....	21
<b>Quadro 3</b> – Distribuição das frequências absolutas da avaliação da presença de deformidades ósseas, úlcera prévia e amputação.....	21
<b>Quadro 4</b> – Distribuição das frequências absolutas da avaliação da coloração dos pés.....	22
<b>Quadro 5</b> – Distribuição das frequências absolutas da avaliação da temperatura dos pés.....	22
<b>Quadro 6</b> - Indicadores de processo.....	24
<b>Quadro 7</b> - Indicadores de resultado.....	25

## **0 – INTRODUÇÃO**

A pessoa com Diabetes requer uma atenção constante por parte do enfermeiro de família, quer seja para a avaliação do seu estado e da evolução da doença, quer seja para o ensino e orientação, no sentido de procurar uma vivência o mais saudável possível, afastando as complicações que esta doença acarreta.

O desenvolvimento de úlcera no pé é, talvez, um dos problemas mais graves ao qual uma pessoa com diabetes está sujeita, mas é também uma situação que pode ser evitada, se o risco for correta e assiduamente avaliado, quer por parte do médico de família, quer por parte do enfermeiro de família.

Neste sentido, são vários os instrumentos que o enfermeiro dispõe para abordar, avaliar e orientar a pessoa com Diabetes. As consultas de vigilância são extremamente importantes, para avaliação do estado geral do utente, bem como dos seus conhecimentos e comportamentos face ao seu problema de saúde, permitindo também uma intervenção no sentido da transmissão de informação. Outra estratégia que poderá ser utilizada é a educação para a saúde em grupo, o que permite uma interação entre pessoas com a mesma patologia, com uma troca de experiências que se revela muito rica, quer para os utentes quer para os profissionais.

A visitação domiciliária (VD) é mais uma estratégia frequentemente utilizada pelos enfermeiros para a prestação de cuidados aos utentes, procurando conhecer o seu ambiente, as suas capacidades e/ou limitações e procurando também o envolvimento da família, para que a gestão da doença ou outros problemas seja mais fácil e adequada. Com a VD, o enfermeiro poderá também identificar outros problemas ou necessidades que de outra forma não seriam detectados. Muitas vezes, estes problemas podem requerer a intervenção de outros profissionais mais qualificados e neste sentido o papel do enfermeiro é fundamental no reconhecimento das necessidades e encaminhamento dos utentes.

A VD revela-se então uma estratégia basilar na abordagem do utente e família, não restringindo a utilização dos cuidados de saúde numa mera procura por parte do utente, quando este sente que necessita deles.

Este planeamento surge no âmbito do Módulo III de estágio do 4º Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – Porto, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora (UCCSH).

No seguimento da implementação do projecto de intervenção previamente formulado, pretende-se efectuar a abordagem dos utentes diabéticos que frequentam as clínicas privadas e residem na freguesia da Senhora da Hora, efectuando VD àqueles que não responderam ao inquérito de colheita de dados do Diagnóstico de Saúde, no sentido de obter uma avaliação dos seus conhecimentos, hábitos de saúde e avaliação dos pés (risco de ulceração), assim como a avaliação da família e a intervenção no sentido de obter os autocuidados adequados por parte do utente e/ou família.

Pretende-se seleccionar pelo menos um utente e família para se efectuar avaliação e eventualmente intervenção ao nível familiar, utilizando como referência o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) desenvolvido pela Profª Doutora Henriqueta Figueiredo.

É nesta base que assenta este planeamento, procurando definir o mais claramente possível os objectivos das VD, os instrumentos que irão ser utilizados para a sua concretização e as actividades inerentes à sua realização, os indicadores de avaliação e os resultados da execução.

## **1 – PLANEAMENTO**

A avaliação regular dos pés dos diabéticos por um profissional de saúde é um aspeto essencial para a prevenção do pé diabético.

De acordo com a Norma N° 005/2011, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) define claramente que todas as pessoas com diabetes devem ser avaliadas anualmente, com a identificação dos fatores de risco condicionantes de lesões nos pés e respetiva classificação do risco de ulceração, bem como o correto registo no processo clínico. Dependendo do risco de ulceração obtido, cada utente deve ser reavaliado anualmente, semestralmente ou a cada 1-3 meses, se for de baixo risco, médio risco ou alto risco, respetivamente.

Dos dados obtidos com a realização do Diagnóstico de Situação de saúde aos utentes das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora, houve um em particular que chamou a atenção:

- 79,4% dos utentes inquiridos referiram que os seus pés não são vigiados anualmente por um profissional de saúde.

Pretende-se contribuir para o exame e avaliação dos restantes utentes que constituem a população em estudo e respetivo registo no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), nos processos clínicos dos utentes. Para a concretização deste objetivo, ponderou-se realizar VD aos utentes aos quais não foi aplicado o inquérito por questionário.

A realização de visitas domiciliárias permite ao enfermeiro interagir com o utente no ambiente deste, estabelecer uma relação empática e terapêutica com maior facilidade, pois este contacto mais pessoal vai inspirar confiança. É também um meio preferencial de avaliação da família, das suas condições de vida e recursos.

São vários os autores que procuraram e procuram definir a importância desta estratégia de intervenção. Roese e Lopes (2004) consideram a realização de VD como uma prática relevante quando se pretende intervir no campo da prevenção de doenças e

promoção da saúde, sendo um instrumento que permite ao profissional de saúde interagir com o meio no qual o indivíduo se insere, observando a sua realidade.

Egry e Fonseca (2000, p.235) referem que *“a Visita Domiciliária tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública, preferencialmente focalizando a família como alvo de atenção”*.

Roese e Lopes (2004), citando Mattos (1995) descreveram alguns benefícios das VD: o profissional leva o conhecimento para o meio familiar, podendo efetuar um melhor planeamento da ação a ser executada naquela família, proporciona um melhor relacionamento entre a família e o profissional, permitindo uma maior exposição dos problemas dos indivíduos. As mesmas autoras referiram também algumas limitações das VD: um método dispendioso, que implica a utilização de recursos humanos especializados e o alto custo de deslocação do profissional.

Anderson, Ward e Hatton (2011) referem que o papel do enfermeiro é importante na redução dos riscos de saúde e promoção da saúde das populações, através da prestação de serviços às famílias nos seus domicílios. Dizem-nos que as VD *“permitem uma avaliação mais rigorosa da estrutura da família, a natureza do ambiente em casa, e o comportamento naquele ambiente. As visitas domiciliárias também proporcionam oportunidades de identificar tanto barreiras como apoios para atingir os objetivos de promoção da saúde da família”*.

Também estas autoras nos mencionam as vantagens para a realização de VD: a conveniência do utente, o controlo deste sobre o ambiente, a disponibilidade de fornecer cuidados de saúde aos utentes que não podem ou não querem deslocar-se, a possibilidade de individualizar os serviços e a existência de um ambiente natural e relaxado para a discussão de preocupações e necessidades. Mais uma vez, os custos são mencionados como uma desvantagem importante.

Portanto, a realização de VD permite ao enfermeiro prestar cuidados tanto ao indivíduo como à família como unidade de cuidados, procurando intervir de acordo com os diversos níveis de prevenção, atuando quer seja para promoção da saúde, prevenção da doença, realizar tratamentos e prevenção de complicações.

Pode-se considerar que os objetivos da realização de VD à população-alvo se prendem com prevenção de complicações da diabetes ao nível individual, mas também com a promoção da saúde ao nível familiar, procurando detetar necessidades e os possíveis recursos de que dispõem.

### **1.1 – Selecção da visitação**

Os utentes diabéticos das clínicas privadas e que residem na freguesia da Senhora da Hora têm atribuído enfermeiro de família na UCESH, mas a maioria desconhece (de acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Saúde: 81% dos inquiridos não conhecia o seu enfermeiro de família), e recorre à equipa de enfermagem se necessitar de tratamentos, administração de injectáveis ou vacinas, ou outras situações agudas.

Todo o trabalho que vem sendo implementado vai no sentido de informar os utentes dos serviços de saúde disponíveis, procurando que estes sejam mais activos, apresentando comportamentos de procura de saúde adequados e estejam devidamente vigiados e orientados pela equipa de enfermagem.

A selecção da estratégia da visitação domiciliária vem complementar as sessões de educação para a saúde em grupo já realizadas, procurando os utentes no seu meio.

Definiu-se que a **população-alvo** serão os utentes:

- Diabéticos das clínicas privadas, que residem na freguesia da Senhora da Hora;
- Não tenham respondido ao formulário de colheita de dados aplicado durante a realização do Diagnóstico de Saúde;
- Não apresentem a intervenção “*Vigiar pés*” registada no Sistema SAPE há menos de um ano;
- Não tenham consulta de enfermagem para vigilância marcada até Abril de 2012;
- Não estejam integrados em projetos da UCCSH;
- Aceitem a realização da VD.

**N= 88**

**Horizonte temporal** – A realizar durante o mês de janeiro de 2012.

## **1.2 – Recolha de dados**

A recolha de dados é essencial para que se possa efectuar uma avaliação da situação do utente e família, permitindo o seu registo e posterior transcrição para o SAPE. A continuidade dos cuidados é um objetivo em vista, pelo que foi desenvolvida uma ficha de registo: “*Guia de Observação e Registo da Visitação Domiciliária*” ([Anexo I](#)).

Para uma avaliação da família mais completa e pretendendo utilizar um modelo de avaliação e intervenção validado e em implementação na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), será utilizado o MDAIF desenvolvido pela Profª Doutora Henriqueta Figueiredo (Figueiredo, 2009) ([Anexo II](#)) e aplicando a pelo menos uma família.

Portanto, pretende-se preencher os formulários atrás mencionados, sob a forma de entrevista estruturada ao utente e/ou familiares durante a VD.

Para efetuar a marcação das VD, os utentes serão contactados via telefone.

## **1.3 – Objectivos e actividades**

Para as visitas domiciliárias foram definidos os objetivos que de seguida se apresentam.

### *Objetivos gerais*

- ❖ Promover a continuidade dos cuidados relativamente à avaliação dos pés dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora.
- ❖ Promover o autocuidado adequado;
- ❖ Efetuar avaliação da família dos utentes da população-alvo.

### *Objetivos específicos*

- ✓ Vigiar os pés dos utentes diabéticos;

### *Planeamento das Visitações Domiciliárias*

---

- ✓ Avaliar o risco de desenvolver úlcera nos pés dos utentes diabéticos;
- ✓ Avaliar os cuidados e autovigilância que os utentes apresentam;
- ✓ Avaliar o conhecimento da técnica de autovigilância dos pés;
- ✓ Ensinar o utente/ cuidador acerca da técnica de autovigilância dos pés;
- ✓ Treinar com o utente/ cuidador a técnica de autovigilância dos pés;
- ✓ Orientar o utente/ cuidador para a utilização de estratégias adaptativas para a autovigilância dos pés;
- ✓ Vigiar a execução da técnica de autovigilância dos pés pelo utente/ cuidador;
- ✓ Efectuar educação para a saúde ao utente e/ou família;
- ✓ Efectuar a caracterização da família do utente;
- ✓ Aplicar o MDAIF a pelo menos uma família;
- ✓ Efectuar os registos das VD no SAPE.

#### *Objetivos operacionais/ metas*

- Que pelo menos 40% dos contactos telefónicos sejam efetivos (obtenham resposta do utente);
- Que pelo menos 80% das VD marcadas sejam concretizadas;
- Que 100% das avaliações dos pés sejam registadas no SAPE entre janeiro e fevereiro de 2012;
- Que pelo menos 10% dos utentes sejam avaliados em termos de risco de ulceração dos pés, durante o mês de janeiro de 2012;
- Que pelo menos 80% dos utentes aos quais for efetuada VD apresentem técnica de autovigilância dos pés adequada, no final da VD.

#### *Atividades a desenvolver*

As actividades que se pretendem desenvolver durante as visitas domiciliárias podem ser inseridas em três áreas distintas:

A – Avaliação do risco de úlcera dos pés

---

B – Educação para a saúde

C – Avaliação da família

Considerando cada uma destas áreas, foram definidas as actividades que deverão ser desenvolvidas para dar resposta.

A – Avaliação do risco de úlcera dos pés

- Desenvolver ficha de registo da avaliação do risco de úlcera dos pés;
- Verificar os registos SAPE de todos os utentes da população-alvo;
- Seleccionar os utentes que irão ser contactados;
- Marcar as visitas domiciliárias via telefone, com os utentes e/ou família;
- Desenvolver cronograma das visitas;
- Analisar os resultados;
- Efectuar registos SAPE.

B – Educação para a saúde

- ◆ Avaliar os cuidados que a pessoa tem com os seus pés (através da ficha de registo);
- ◆ Ensinar cuidados e auto-vigilância;
- ◆ Treinar a autovigilância com o utente e/ou cuidador;
- ◆ Avaliar os conhecimentos adquiridos;
- ◆ Fornecer folheto informativo sobre cuidados aos pés ([Anexo III](#));
- ◆ Analisar os resultados;
- ◆ Efectuar registos SAPE.

C – Avaliação da família

- ◆ Desenvolver ficha de registo com os parâmetros de caracterização da família;
- ◆ Entrevistar Enf<sup>a</sup> responsável pela aplicação nos registos SAPE do MDAIF, no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta;

- ◆ Selecionar a família a quem vai ser aplicado o modelo;
- ◆ Aplicar o MDAIF durante a VD;
- ◆ Analisar os resultados;
- ◆ Planear possíveis intervenções;
- ◆ Efectuar registos SAPE.

#### **1.4 – Material necessário**

A previsão dos recursos materiais é essencial para que a VD decorra sem transtornos, que poderiam afetar a relação estabelecida entre enfermeiro e o utente, assim como a devida concretização da mesma e dos seus objetivos.

Assim, foi definido como material necessário:

- ❖ Lista de marcação dos utentes, com a morada e contacto telefónico;
- ❖ Guia de observação e registo da VD – tantos quanto o número de VD;
- ❖ Modelo de avaliação e intervenção na família (MDAIF) – 1;
- ❖ Monofilamento de 10g de Semmes – Weinstein – 1;
- ❖ Pincel para avaliação da sensação táctil – 1;
- ❖ Material informativo sobre cuidados aos pés;
- ❖ Esferográfica ou lápis – 1.

## 2 – EXECUÇÃO

A opção da realização de VD para avaliação do utente e família, revelou-se essencial para que se pudesse tomar conhecimento das reais condições de vida dos utentes.

A definição do cronograma das visitas (Quadro 1) permitiu gerir da melhor forma possível o tempo de que disponível para a execução das VD.

**Quadro 1** – Cronograma das VD

Mês/ Ano	Janeiro/ 2012						
Dia	18	19	20	23	26	27	31
Período	Tarde	Tarde	Tarde	Manhã	Tarde	Tarde	Tarde

A decisão de realizar marcações telefónicas para a realização das VD foi mais uma forma de rentabilizar o tempo e os recursos. Contudo, esta foi uma tarefa que se revelou um pouco complicada, uma vez que muitos dos contactos telefónicos disponíveis não se encontravam atualizados e muitas vezes não se obteve resposta à chamada efetuada.

Assim, foi necessário adotar algumas estratégias que permitissem ultrapassar os vários obstáculos. Foram efetuados os contactos telefónicos em diferentes períodos do dia (como por exemplo: durante a manhã, na hora de almoço, ao fim da tarde); procurou-se no SAPE se existiam registos de outros contactos telefónicos dos utentes cujo número estava “não atribuído”; foi efetuado mais do que um contacto telefónico a alguns utentes e em dias e períodos diferentes.

O preenchimento completo do Guia da VD, nomeadamente em termos de obtenção das informações necessárias para elaborar o Genograma e Ecomapa da família, revelou-se complicado, uma vez que é difícil num primeiro contato abordar todos os assuntos necessários. Assim, foram preenchidos os elementos obtidos, tendo consciência que seriam necessárias várias VD para o preenchimento total. Da mesma forma, considerou-se que o

estabelecimento de uma relação empática e terapêutica com os utentes requer tempo, recurso que foi escasso nesta intervenção.

A aplicação do MDAIF pareceu ser adequada, com os elementos que foi possível colher junto do utente. Contudo, como refere a própria autora do modelo, este não é para ser preenchido numa só sessão, mas ao longo do tempo e da relação entre enfermeiro e utente/família, procurando dados que validem as intervenções que vão sendo efetuadas, assim como, procurando obter informações que poderão orientar a prática de cuidados à família considerando os recursos que esta dispõe ou não.

## **2.1 – Apresentação e análise dos dados obtidos**

De seguida apresentam-se os dados obtidos através das visitas domiciliárias efetuadas a um total de seis (6) utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na Senhora da Hora.

### **◆ Identificação do Utente**

Os utentes apresentaram uma média de idades de 70,2 anos. O utente mais novo tinha 52 anos e o mais idoso tinha 88 anos.

Relativamente à variável “Sexo”, quatro (4) utentes eram do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino.

Quando questionados sobre se tinham cuidador, os utentes dividiram-se equitativamente: três (3) não tinham e 3 disseram que sim. Dos que tinham cuidador, 2 revelaram ser os filhos e um (1) disse ser a atual companheira.

◆ **Caracterização da Família**

**Dados demográficos da família**

Para a caracterização da família, consideraram-se dados do agregado familiar, sendo que dois utentes viviam sozinhos, dois tinham um agregado de duas pessoas, um utente tinha um agregado familiar constituído por três pessoas e um disse ter um agregado de 4 pessoas.

**Tipologia da Família**

Em relação à tipologia familiar, 2 utentes apresentavam uma família Nuclear, 2 tinham um tipo de família Unipessoal, 1 era de uma família Reconstruída e 1 utente tinha um tipo de família Alargada.

**Ciclo familiar de Duvall**

Considerando os ciclos familiares descritos por Duvall, 3 famílias encontravam-se na fase “VIII – Família idosa (da reforma à viuvez)”, 2 famílias estavam enquadradas na fase “VII – Família de meia-idade” e 1 família estava enquadrada na fase “VI – Família com filhos adultos jovens a sair de casa”.

**Genograma**

Foram realizados os genogramas das famílias dos utentes aos quais foi efetuada VD, com os dados que foram possíveis obter com uma só visita, tendo-se revelado escassos em algumas situações. Concluiu-se da necessidade da realização de várias VD para se obterem todos os dados necessários, o que não foi possível ser efetuado nesta intervenção.

**Ecomapa**

Através da análise dos ecomapas de cada família, foi possível observar que a rede de apoio e suporte da maioria dos utentes era pobre, muitas vezes apenas suportada pela família alargada, com esporádicas ligações às clínicas privadas (médico de família) e muito raras ligações ao enfermeiro de família. A maioria dos utentes não apresentava atividades de lazer e desconhecia os recursos da comunidade onde vivem.

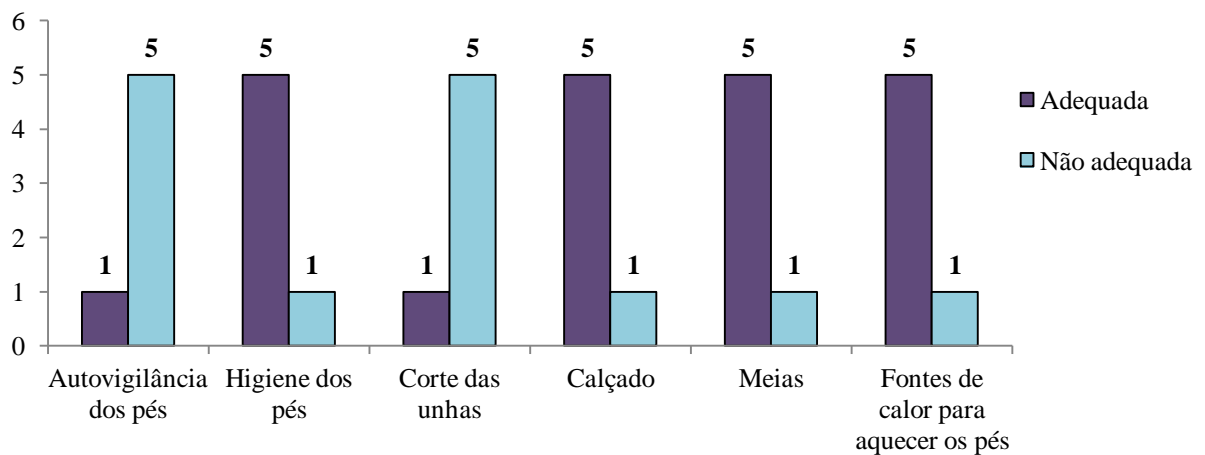
### Escala de Graffar adaptada

A aplicação da Escala de Graffar adaptada permitiu concluir que a grande maioria dos utentes (5) se inseria na posição social: IV – Classe Média Baixa e apenas 1 se inseria na posição III – Classe Média.

#### ◆ Vigilância e Cuidados aos Pés

Ao ser efetuada a avaliação dos cuidados e autovigilância dos pés que cada utente referiu ter, revelaram-se dados bastante díspares. Se por um lado a maioria dos utentes (5) apresentava higiene dos pés, uso de calçado, uso de meias e uso de fontes de calor para aquecer os pés adequados, por outro lado também a maioria dos utentes (5) apresentava autovigilância dos pés e corte das unhas não adequado (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Distribuição das frequências absolutas dos resultados da avaliação da autovigilância e cuidados aos pés



Estes dados são preocupantes, pois um dos objetivos é que todos os diabéticos apresentem um hábito de autovigilância dos pés adequada, pois só deste modo poderão perceber a presença de alterações o mais precocemente possível.

Do mesmo modo, sabendo que o corte das unhas inadequado traz muitas vezes consequências catastróficas para os pés dos utentes diabéticos, sendo causadores de muitas feridas e posterior situação de infeção difíceis de controlar. O resultado dos maus cuidados é frequentemente a amputação dos dedos ao até de todo o membro inferior.

Foi no sentido de evitar estas situações que foram realizados ensinamentos durante as VD aos utentes e seus familiares e/ou cuidadores.

#### ◆ **Conhecimentos**

A avaliação dos conhecimentos centrou-se na capacidade do utente de efetuar o autoexame do pé, utilizando a técnica de autovigilância. Esta técnica implica:

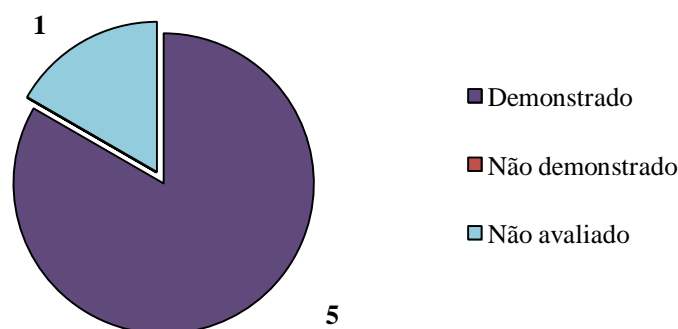
- ✓ A inspeção diária de ambos os pés
- ✓ O uso de meios se necessário (por exemplo o uso de espelho para observar a planta do pé ou o recurso a um familiar/ cuidador)
- ✓ A observação da zona interdigital
- ✓ A procura de alterações na cor, gretas, alterações na temperatura, feridas.

Durante a visitação domiciliária foram efetuadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- Avaliar os conhecimentos do utente acerca da técnica de autovigilância dos pés;
- Ensinar o utente acerca da técnica de autovigilância dos pés;
- Treinar com o utente a técnica de autovigilância dos pés;
- Orientar o utente para a utilização de estratégias adaptativas para a autovigilância dos pés;
- Vigiar a execução da técnica de autovigilância dos pés pelo utente.

A análise do Gráfico 2 e permite perceber que a grande maioria dos utentes demonstrou uma correta técnica de autovigilância dos pés no final da VD. Apenas não foi possível avaliar a um dos utentes, dado que o cuidador e quem efetuava a vigilância dos pés era o filho e este não estava presente na VD.

**Gráfico 2** – Distribuição das frequências absolutas dos resultados da técnica de autovigilância dos pés



Tendo em consideração que no início da VD 5 dos utentes apresentavam uma autovigilância dos pés não adequada, esta intervenção obteve sucesso.

#### ◆ **Avaliação dos Pés**

Para a avaliação dos pés, foram selecionadas várias variáveis de interesse, para permitir do seu risco de ulceração. Assim, para avaliar a sensibilidade à pressão foi usado o Monofilamento de 10g de Semmes – Weinstein. Para a avaliação da sensibilidade táctil foi usado um pincel apropriado. A avaliação do pulso foi efetuada através da palpação e as restantes avaliações foram efetuadas através da inspeção dos pés.

Analisando o Quadro 2, observa-se que apenas um utente apresentava sensibilidade tátil e à pressão ausentes. A ausência de pulso pedioso bilateralmente, foi observada em três utentes e todos os utentes apresentavam calosidades em ambos os pés.

**Quadro 2** – Distribuição das frequências absolutas da avaliação da sensibilidade, pulso e calosidades

	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
<b>Sensibilidade à Pressão</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>Sensibilidade Tátil</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>Pulso Pedioso</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Calosidades</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

Tendo em consideração a presença de deformidades ósseas, observou-se que todos os utentes as apresentavam. Por outro lado, nenhum utente tinha tido previamente úlceras nos pés, nem sofrido amputação (Quadro 3).

**Quadro 3** – Distribuição das frequências absolutas da avaliação da presença de deformidades ósseas, úlcera prévia e amputação

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Deformidades ósseas</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>Úlcera Prévia</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>Amputação</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

Observou-se que todos os utentes tinham a integridade cutânea de ambos os pés preservada.

O Quadro 4 mostra-nos que 4 utentes apresentavam os pés rosados e 2 tinham os pés com coloração cianosada.

**Quadro 4** – Distribuição das frequências absolutas da avaliação da coloração dos pés

<b>Coloração</b>	
<b>Rosado</b>	<b>4</b>
<b>Cianosado</b>	<b>2</b>

Avaliando a temperatura dos pés dos utentes diabéticos, observou-se que tinham os pés quentes e 3 apresentavam os pés frios (Quadro 5).

**Quadro 5** – Distribuição das frequências absolutas da avaliação da temperatura dos pés

<b>Temperatura</b>	
<b>Quente</b>	<b>3</b>
<b>Fria</b>	<b>3</b>

### 3 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO

O cálculo dos indicadores é uma fase essencial no processo de intervenção, dado que permitirá a avaliação do sucesso da mesma.

Desta forma, requer-se a construção de indicadores relativos às atividades desenvolvidas, assim como ao impacto ou resultado que estas tiveram na população-alvo.

Foram aplicados os critérios de inclusão mencionados no primeiro capítulo:

- Diabéticos das clínicas privadas, que residem na freguesia da Senhora da Hora;
- Não tenham respondido ao formulário de colheita de dados aplicado durante a realização do Diagnóstico de Saúde;
- Não apresentem a intervenção “*Vigiar pés*” registada no Sistema SAPE há menos de um ano;
- Não tenham consulta de enfermagem para vigilância marcada até Abril de 2012;
- Não estejam integrados em projetos da UCCSH;
- Aceitem a realização da VD.

Assim, obtiveram-se os seguintes resultados:

- População-alvo inicial – 196 utentes;
- Responderam ao inquérito – 63 utentes;
- Falecidos depois da aplicação do inquérito – 2 utentes;
- Saíram das clínicas privadas para as Unidades de Saúde Familiar (USF) – 8 utentes;
- Mudaram de morada para outra freguesia – 4 utentes;
- Recusaram realizar o inquérito – 6 utentes;
- Tinham registo de vigilância dos pés no SAPE há menos de um ano – 3 utentes;
- Tinham consulta de vigilância de enfermagem marcada até Abril de 2012 – 10 utentes;
- Estavam integrados em projetos da UCCSH – 5 utentes;
- Recusaram a realização da VD – 7 utentes.

Considerando os resultados atrás descritos, a **população-alvo para esta intervenção passou a ser de 88 utentes.**

Destes 88 utentes, 4 não tinham número de contacto telefónico no processo clínico e 21 utentes tinham número errado/ não atribuído.

Foram efetuados 70 contactos telefónicos (considerando que a vários utentes foi efetuada mais do que uma tentativa de contacto), obtiveram-se 15 respostas telefónicas. Destes 15 utentes, 7 recusaram a realização de VD. Foram marcadas 8 VD, mas duas não foram realizadas, por ausência dos utentes no local e hora marcados.

O Quadro 6 apresenta-nos os indicadores de processo, com as metas traçadas e os resultados obtidos.

**Quadro 6** - Indicadores de processo

Indicador de processo	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de contactos telefónicos efetivos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contactos telefónicos efetivos}}{\text{N}^\circ \text{ total de contactos telefónicos efetuados}} \times 10^2$	40%	21,4%
Percentagem de visitas domiciliárias efetuadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias concretizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias marcadas}} \times 10^2$	80%	75%
Percentagem de registos efetuados no SAPE	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de registos efetuados no SAPE}}{\text{N}^\circ \text{ total de avaliações efetuadas}} \times 10^2$	100%	100%

**Legenda:** Contactos telefónicos efetivos – contactos em que houve resposta da pessoa contactada.

O Quadro 7 expõe os indicadores de resultado, com as respetivas metas e resultados obtidos.

Quadro 7 - Indicadores de resultado

Indicador de resultado	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de utentes com avaliação dos pés efetuada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com avaliação dos pés efetuada}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes da população-alvo}} \times 10^2$	10%	6,8%
Percentagem de utentes que apresentam técnica de autovigilância dos pés adequada, no final da VD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes que apresentam técnica de autovigilância adequada no final da VD}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes aos quais foi efetuada VD}} \times 10^2$	80%	100%

A análise dos quadros permite concluir que alguns dos indicadores traçados não foram atingidos. Mas, conforme descrito anteriormente, foram utilizadas algumas estratégias para conseguir contactar os utentes.

Contudo, está presente a noção que ainda será necessário desenvolver mais intervenções e durante um período de tempo maior para atingir resultados ainda melhores com esta população específica.

É necessário referir que estes utentes tinham contactos esporádicos com os Enfermeiros da UCESH, não estavam habituados a obter cuidados de Enfermagem para vigilância e muitos destes utentes mostravam renitência em aceitar as intervenções propostas.

#### **4 – CONCLUSÃO**

A seleção das visitas domiciliárias como estratégia de abordagem dos utentes diabéticos revelou-se adequada e permitiu a obtenção de resultados positivos.

A abordagem do utente e sua família no meio onde estão inseridos permite uma compreensão e abordagem global, detetando outros constrangimentos que de outro modo poderiam estar ocultos.

Assim, considero importante que se mantenha a aposta na procura ativa destes utentes, sabendo que as intervenções previstas são sempre necessárias e irão contribuir da melhor forma para que os utentes mantenham, recuperem ou melhorem o seu estado de saúde.

Neste campo, o papel do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é fundamental, pois este, melhor do que ninguém saberá escolher as formas mais adequadas de intervir.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ANDERSON, D.G.; WARD, H.; HATTON, D. C. – **Riscos de Saúde da Família**. In STANHOPE, M.; LANCASTER, J. – *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 605-630.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R.M.G.S. – A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf. USP**. Vol.34, nº3, (2000), p. 233-239.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva – **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2009. 550p. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (versão definitiva).

NORMA Nº 005/2011 (2011). **Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 10p.

ROESE, A.; LOPES, M.J.M. – A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enf**. Vol.25, nº1 (2004), p.98-111.

**ANEXOS**

**Anexo I**

**Guia de Observação e Registo da Visitação Domiciliária**

## GUIA DE OBSERVAÇÃO E REGISTO DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Contacto tlf: \_\_\_\_\_ NOP: \_\_\_\_\_

Tem cuidador? NÃO  SIM  Se SIM, quem? \_\_\_\_\_

### 2 – CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

#### 2.1 – Dados demográficos da família

Agregado familiar	Parentesco	Idade	Estado Civil	Grau Instrução	Profissão
Utente					

#### 2.2 – Tipologia da Família

#### 2.3 – Ciclo familiar de Duvall

**2.4 – Genograma**

**2.5 – Ecomapa**

Planeamento das Visitações Domiciliárias

2.6 – Escala de Graffar adaptada

Grau	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/ 5 itens	c/ 4 itens	c/ 3 itens	
1	Gr. Industriais e Comerciantes Gestores de topo do sector público ou privado > 500 empregados) Professores Universitários (com Doutoramento) Brigadeiro/General/Marechal Profissões liberais de topo Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo conforto	- Zona residencial elegante	5 ↓ 9	4 ↓ 7	3	I CASSE ALTA  Data_____
2	Médios Industriais e Comerciantes Dirigentes de médias empresas Agricultores/ Proprietários Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado Oficiais das Forças Armadas Profissões liberais Professores Ens. Básico Professores Ens. Secundário Professores Universitários (sem Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior de duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↓ 13	8 ↓ 10	4 ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA  Data_____
3	Peq. Industriais e Comerciantes Quadros médios, Chefes de secção Emp. Escritório (grau ↑) Médios Agricultores Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↓ 17	11 ↓ 13	7 ↓ 9	III CLASSE MÉDIA  Data_____
4	Peq. Agricultores/ Rendeiros Emp. Escritório (grau ↓) Operários semiqualeificados Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizados de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível	- Bairro social/ operário - Zona antiga	18 ↓ 21	14 ↓ 16	10 ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA  Data_____
5	Assalariados agrícolas Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↓ 25	17 ↓ 20	13 ↓ 15	V CLASSE BAIXA  Data_____

Fonte: Graffar – “Une méthode de classification sociale d’échantillons de population”. Courier, Septembre, 1956, Vol. VI – nº 8. Marcel Graffar, pp. 455-459. Adaptado em 1990 e atualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro

### 3 – VIGILÂNCIA E CUIDADOS AOS PÉS

	Adequada	Não adequada	Notas
3.1 – Autovigilância dos pés			
3.2 – Higiene dos pés			
3.3 – Corte das unhas			
3.4 – Calçado			
3.5 – Meias			
3.6 – Fontes de calor para aquecer os pés			

### 4 – CONHECIMENTOS

	Demonstrado	Não demonstrado	Notas
4.1 – Técnica de autovigilância dos pés			

## 5 – AVALIAÇÃO DOS PÉS

Coloração			
Esquerdo		Direito	
Rosado		Rosado	
Cianosado		Cianosado	

Temperatura			
Esquerdo		Direito	
Quente		Quente	
Fria		Fria	

Calosidades			
Esquerdo		Direito	
Ausente		Ausente	
Presente		Presente	

Integridade Cutânea			
Esquerdo		Direito	
Presente		Presente	
Comprometida		Comprometida	

Sensibilidade à Pressão			
Esquerdo		Direito	
Ausente		Ausente	
Presente		Presente	

Sensibilidade Táctil			
Esquerdo		Direito	
Ausente		Ausente	
Presente		Presente	

Pulso Pedioso			
Esquerdo		Direito	
Ausente		Ausente	
Presente		Presente	

Deformidades ósseas			
Esquerdo		Direito	
Sim		Sim	
Não		Não	

Amputação			
Esquerdo		Direito	
Sim		Sim	
Não		Não	

Úlcera Prévia			
Esquerdo		Direito	
Sim		Sim	
Não		Não	

Para o correto preenchimento do guia de observação, foram definidos os parâmetros a avaliar em cada ponto, apresentados de seguida. Definiu-se como critérios de êxito:

**Adequado** – cumprir todos os parâmetros, exceto um.

**Não adequado** – não cumprir dois ou mais parâmetros.

## **1 – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**

## **2 – CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA**

### **2.1 - Dados demográficos da família**

Serão avaliados os dados relativos ao agregado familiar, nomeadamente o parentesco com o utente, a idade, estado civil, grau de instrução e profissão.

### **2.2 – Tipologia da Família**

Nuclear

Alargada

Reconstruída

Monoparental

Unipessoal

Outra: \_\_\_\_\_

### **2.3 - Ciclo familiar de Duvall**

I – Casal sem filhos

II – Família com filhos pequenos

III – Família com filhos em idade pré-escolar

IV – Família com filhos em idade escolar

V – Família com filhos adolescentes

VI – Família com filhos adultos jovens a sair de casa

VII – Família de meia-idade

VIII – Família idosa (da reforma à viuvez)

## **2.4 – Genograma**

O genograma é um diagrama onde é representada a estrutura e o histórico familiar, fornecendo informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações. Dá um panorama rápido da posição do indivíduo na família e os principais acontecimentos da vida familiar.

## **2.5 – Ecomapa**

O ecomapa é um diagrama que representa graficamente as relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

## **2.6 – Escala de Graffar Adaptada**

A aplicação da escala de Graffar irá permitir a classificação socioeconómica da família, avaliando cinco características da família:

1. Profissão do Chefe de família
2. Instrução do Chefe de família
3. Origem do rendimento da família
4. Tipo de habitação
5. Local de residência.

Após a aplicação da escala, será possível classificar a família de acordo com cinco classes socioeconómicas:

- I. Classe Alta
- II. Classe Média Alta
- III. Classe Média
- IV. Classe Média Baixa
- V. Classe Baixa.

### **3 – VIGILÂNCIA E CUIDADOS AOS PÉS**

#### **3.1 – Autovigilância dos pés**

- ✓ Observação diária;
- ✓ Inspeção de todo o pé, incluindo entre os dedos;

#### **3.2 – Higiene dos pés**

- ✓ Lavagem diária
- ✓ Lavagem rápida (não colocar de molho)
- ✓ Uso de sabão neutro
- ✓ Verificar a temperatura
- ✓ Secar bem entre os dedos
- ✓ Hidratação dos pés

#### **3.3 – Corte das unhas**

- ✓ Uso de tesoura de pontas arredondadas ou lima de cartão
- ✓ Corte das unhas a direito

#### **3.4 – Calçado**

- ✓ Biqueira larga e alta
- ✓ Com atacadores ou velcro
- ✓ Salto baixo
- ✓ Sola de borracha
- ✓ Verificar o interior antes de calçar
- ✓ Usar sempre sapatos com meias

#### **3.5 – Meias**

- ✓ Cor clara
- ✓ De algodão ou fibras naturais
- ✓ Sem elásticos e costuras (ou viradas do avesso)

#### **3.6 – Fontes de calor para aquecer os pés**

- ✓ Uso de meias ou cobertor

#### **4 – CONHECIMENTOS**

A avaliação dos conhecimentos irá centrar-se na capacidade do utente de efetuar o autoexame do pé, utilizando a técnica de autovigilância. Esta técnica implica:

- ✓ A inspeção diária de ambos os pés
- ✓ O uso de meios se necessário (por exemplo o uso de espelho para observar a planta do pé ou o recurso a um familiar/ cuidador)
- ✓ A observação da zona interdigital
- ✓ A procura de alterações na cor, gretas, alterações na temperatura, feridas.

Durante a visitação domiciliária irão ser efetuadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- Avaliar os conhecimentos do utente acerca da técnica de autovigilância dos pés;
- Ensinar o utente acerca da técnica de autovigilância dos pés;
- Treinar com o utente a técnica de autovigilância dos pés;
- Orientar o utente para a utilização de estratégias adaptativas para a autovigilância dos pés;
- Vigiar a execução da técnica de autovigilância dos pés pelo utente.

#### **5 – AVALIAÇÃO DOS PÉS**

Será efetuada pela Enf<sup>a</sup> em Visitação Domiciliária, aquando da realização da mesma, avaliando os critérios previamente definidos.

Para a avaliação da sensibilidade à pressão será usado o Monofilamento de 10g de Semmes – Weinstein. Para a avaliação da sensibilidade tátil será usado um pincel apropriado. A avaliação do pulso será efetuada através da palpação e as restantes avaliações serão efetuadas através da inspeção do pé.

**Anexo II**

**Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**



Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar// Doutoramento em Ciências de Enfermagem  
"Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar" – Maria Henriqueta Figueiredo

## **MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR**

Maria Henriqueta Figueiredo

## Avaliação Familiar

### DIMENSÃO ESTRUTURAL

Genograma  
Ecomapa

⇒ Composição Familiar (Inclui ordem de nascimentos e sub-sistemas)

⊙ Tipo de Família

- Casal
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
  - Monoparental liderada pelo homem
  - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

⊙ Família extensa – Tipo de contacto

- Pessoal
- Telefónico
- Carta/e-mail
- Outro

⊙ Família extensa – Intensidade de contacto

- Diário
  - Semanal
  - Quinzenal
  - Mensal
  - Outro
- Especificar \_\_\_\_\_

⊙ Família extensa – Função das relações

- Companhia social
- Apoio emocional
- Guia cognitivo e conselhos
- Regulação social
- Ajuda material e de serviço
- Acesso a novos contactos

⊙ Sistemas mais Amplos

- ⇒ Trabalho
- ⇒ Instituições de Ensino – Escola
- ⇒ Instituições de Saúde
- ⇒ Instituições Religiosas
- ⇒ IPSS

Vínculo Forte  
Vínculo Forte: Especificar elemento  
Vínculo Intermédio  
Vínculo Intermédio: Especificar elemento  
Vínculo Fraco  
Vínculo Fraco: Especificar elemento  
Gerador de Stress  
Gerador de Stress: Especificar elemento

- ☞ Actividades de Lazer e Cultura
- ☞ Amigos
- ☞ Outros Sub-sistemas

☞ Classe Social (Escala de Graffar adaptada)

☞ Edifício residencial

☐ Barreiras arquitectónicas SIM  NÃO

Se SIM, quais: \_\_\_\_\_

☐ Aquecimento SIM  NÃO

☐ Tipo de aquecimento

- Central
- Aquecedor a gás
- Aquecedor eléctrico
- Lareira
- Cobertor eléctrico

☐ Abastecimento de gás SIM  NÃO

☐ Tipo de abastecimento de gás

- Gás canalizado
- Gás de botija

☐ Higiene da habitação SIM  NÃO

☞ Sistema de abastecimento

☐ Abastecimento de água

- Não tem
- Rede pública
- Rede privada (furo/ poço)
- Rede mista

☐ Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM  NÃO

- Controle da qualidade da água SIM  NÃO

☐ Serviço de tratamento de resíduos

- Rede pública
- Fossa séptica
- Não tem

☞ Ambiente Biológico

☐ Animal doméstico SIM  NÃO

▪ Se sim qual ou quais: \_\_\_\_\_

▪ Vacinação SIM  NÃO

▪ Desparasitação SIM  NÃO

▪ Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.)

## DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

### ○ Etapa do Ciclo Vital Familiar

1. Formação do casal
2. Família com filhos pequenos
3. Família com filhos na escola
4. Família com filhos adolescentes
5. Família com filhos adultos

### Tarefas de desenvolvimento

#### Satisfação Conjugal

##### ○ Relação Dinâmica

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

*Identificação do cônjuge*

SIM  NÃO   
SIM  NÃO

Se Não especificar \_\_\_\_\_

- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos

*Identificação do cônjuge*

SIM  NÃO   
SIM  NÃO

Se Não especificar \_\_\_\_\_

- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos

*Identificação do cônjuge*

SIM  NÃO   
SIM  NÃO

Se Não especificar \_\_\_\_\_

##### ○ Comunicação

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um SIM  NÃO
- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião SIM   
NÃO
- Satisfação com o padrão de comunicação do casal

*Identificação do cônjuge*

SIM  NÃO   
SIM  NÃO

Se Não especificar \_\_\_\_\_

##### ○ Interação Sexual

- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade

*Identificação do cônjuge*

SIM  NÃO   
SIM  NÃO

Se Não especificar \_\_\_\_\_

- Conhecimento do casal sobre sexualidade SIM  NÃO

*Identificação do cônjuge*

SIM  NÃO   
SIM  NÃO

⊙ Função Sexual

▪ Disfunções sexuais

		<i>Identificação do cônjuge</i>
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	

▪ Tipo de disfunção

Perturbação do desejo sexual  especificar \_\_\_\_\_

Disfunção eréctil

Disfunção da ejaculação  especificar \_\_\_\_\_

Perturbações do orgasmo

Dispareunia

Vaginismo

- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais SIM  NÃO

**Planeamento Familiar**

⊙ Fertilidade

- O casal planeia ter filhos/ mais filhos SIM  NÃO

- Se SIM quando \_\_\_\_\_

- Alterações na fertilidade do casal SIM  NÃO

- Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial SIM  NÃO

- Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade SIM  NÃO

⊙ Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional

- Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional SIM  NÃO

- Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez  
SIM  NÃO

⊙ Uso de Contraceptivo SIM  NÃO

▪ Método

Anticoncepcional oral

Anticoncepcional injectável

Anel vaginal

Implante intra dérmico

Adesivo transdérmico

Cirúrgico

Espemicidas

Preservativo

Naturais

- Interrupção do uso de contraceptivo SIM  NÃO

Quando: \_\_\_\_\_

▪ Motivo

Indicação clínica

Planeamento de gravidez

Gravidez

Outro

- Satisfação com o contraceptivo adoptado SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre contracepção de emergência SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo SIM  NÃO

🕒 Conhecimento sobre Reprodução

- Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM  NÃO
- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino  
SIM  NÃO
- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino  
SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes  
SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada SIM  NÃO

**Adaptação à gravidez**

🕒 Conhecimento

- Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade  
SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puerpério  
SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido  
SIM  NÃO
- Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido SIM  NÃO

🕒 Comunicação

- O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez SIM  NÃO
- O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade  
SIM  NÃO
- Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais  
SIM  NÃO

🕒 Comportamentos de adesão

- A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia

SIM  NÃO

▪ O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto SIM   
NÃO

▪ O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé SIM   
NÃO

### **Papel Parental**

#### **Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)**

##### **Conhecimento do papel (recém-nascido)**

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r.n	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r.n	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

##### **Conhecimento do papel (de recém-nascido à infância escolar)**

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre socialização	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

##### **Comportamentos de adesão**

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com a criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**Consenso do Papel** SIM  NÃO   
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_

**Conflitos de papel** SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

**Saturação do papel** SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

**Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)**

**Conhecimento do papel**

Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre higiene oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre socialização	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**Adaptação da família à escola**

Reorganização funcional para adaptação aos novos horários	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Criação de espaço para a criança estudar	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Participação dos pais nas actividades de estudo da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Participação dos pais nas reuniões e actividades escolares	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Promoção da socialização/autonomia da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**Comportamentos de adesão**

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com a criança	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**Consenso do Papel** SIM  NÃO   
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_

**Conflitos de papel** SIM  NÃO

Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

Saturação do papel  SIM  NÃO

Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

**Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)**

**Conhecimento do papel**

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre actividades de exercício adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**Comportamentos de adesão**

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente

SIM  NÃO

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado ao adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais promovem a interacção com o grupo de amigos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
A família respeita a privacidade do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Os pais interagem positivamente com o adolescente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**Consenso do Papel**  SIM  NÃO

Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_

**Conflitos de papel**  SIM  NÃO

Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

**Saturação do papel**  SIM  NÃO

Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

**Família com filhos adultos**

**Conhecimento do papel**

Conhecimento sobre as tarefas do nova etapa desenvolvimental  SIM  NÃO

**Comportamentos de adesão**

Redefinição das relações com o(s) filho(s) – relações adulto-adulto	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Satisfação com o contacto mantido com o filho	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**Consenso do Papel**  SIM  NÃO

Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_

Conflitos de papel  SIM  NÃO   
 Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

Saturação do papel  SIM  NÃO   
 Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

**DIMENSÃO FUNCIONAL - INSTRUMENTAL**

Membro da família dependente  SIM  NÃO

Dependência em:

▪ Autocuidado Higiene  SIM  NÃO   
 Prestador de cuidados  Membro da família  SIM  NÃO   
 Se SIM quem: \_\_\_\_\_  
 Membro da família extensa  SIM  NÃO   
 Vizinho  SIM  NÃO   
 Ajudante de saúde  SIM  NÃO   
 Outro  SIM  NÃO   
 Especificar \_\_\_\_\_

▪ Autocuidado Vestuário  SIM  NÃO   
 Prestador de cuidados  Membro da família  SIM  NÃO   
 Se SIM quem: \_\_\_\_\_  
 Membro da família extensa  SIM  NÃO   
 Vizinho  SIM  NÃO   
 Ajudante de saúde  SIM  NÃO   
 Outro  SIM  NÃO   
 Especificar \_\_\_\_\_

▪ Autocuidado Comer  SIM  NÃO   
 Prestador de cuidados  Membro da família  SIM  NÃO   
 Se SIM quem: \_\_\_\_\_  
 Membro da família extensa  SIM  NÃO   
 Vizinho  SIM  NÃO   
 Ajudante de saúde  SIM  NÃO   
 Outro  SIM  NÃO   
 Especificar \_\_\_\_\_

▪ Autocuidado Beber  SIM  NÃO   
 Prestador de cuidados  Membro da família  SIM  NÃO   
 Se SIM quem: \_\_\_\_\_  
 Membro da família extensa  SIM  NÃO   
 Vizinho  SIM  NÃO   
 Ajudante de saúde  SIM  NÃO   
 Outro  SIM  NÃO   
 Especificar \_\_\_\_\_

▪ Autocuidado Ir ao sanitário  SIM  NÃO   
 Prestador de cuidados  Membro da família  SIM  NÃO   
 Se SIM quem: \_\_\_\_\_  
 Membro da família extensa  SIM  NÃO   
 Vizinho  SIM  NÃO   
 Ajudante de saúde  SIM  NÃO   
 Outro  SIM  NÃO   
 Especificar \_\_\_\_\_

- Autocuidado Comportamento sono-reposo      SIM  NÃO

    Prestador de cuidados      Membro da família      SIM  NÃO

        Se SIM quem: \_\_\_\_\_

        Membro da família extensa      SIM  NÃO

        Vizinho      SIM  NÃO

        Ajudante de saúde      SIM  NÃO

        Outro      SIM  NÃO

        Especificar \_\_\_\_\_
  
- Autocuidado Actividade de lazer      SIM  NÃO

    Prestador de cuidados      Membro da família      SIM  NÃO

        Se SIM quem: \_\_\_\_\_

        Membro da família extensa      SIM  NÃO

        Vizinho      SIM  NÃO

        Ajudante de saúde      SIM  NÃO

        Outro      SIM  NÃO

        Especificar \_\_\_\_\_
  
- Autocuidado Actividade Física      SIM  NÃO

    Prestador de cuidados      Membro da família      SIM  NÃO

        Se SIM quem: \_\_\_\_\_

        Membro da família extensa      SIM  NÃO

        Vizinho      SIM  NÃO

        Ajudante de saúde      SIM  NÃO

        Outro      SIM  NÃO

        Especificar \_\_\_\_\_
  
- Gestão do regime terapêutico      SIM  NÃO

    Prestador de cuidados      Membro da família      SIM  NÃO

        Se SIM quem: \_\_\_\_\_

        Membro da família extensa      SIM  NÃO

        Vizinho      SIM  NÃO

        Ajudante de saúde      SIM  NÃO

        Outro      SIM  NÃO

        Especificar \_\_\_\_\_
  
- Autovigilância      SIM  NÃO

    Prestador de cuidados      Membro da família      SIM  NÃO

        Se SIM quem: \_\_\_\_\_

        Membro da família extensa      SIM  NÃO

        Vizinho      SIM  NÃO

        Ajudante de saúde      SIM  NÃO

        Outro      SIM  NÃO

        Especificar \_\_\_\_\_
  
- Auto-Administração de medicamentos      SIM  NÃO

    Prestador de cuidados      Membro da família      SIM  NÃO

        Se SIM quem: \_\_\_\_\_

        Membro da família extensa      SIM  NÃO

        Vizinho      SIM  NÃO

        Ajudante de saúde      SIM  NÃO

        Outro      SIM  NÃO

        Especificar \_\_\_\_\_

▪ Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Letrado SIM  NÃO

Profissão \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_

## **Papel de Prestador de cuidados**

### **➤ Conhecimento do papel**

1. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes*
  - Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, excovar)*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia*
2. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir*
3. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação*
4. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos*
5. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*
6. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso*
7. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade recreativa
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter actividades de lazer*
8. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade física
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)*
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*
  - Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*
9. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico
  - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*



- Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família Favorável/Não Favorável  
Se NÃO Favorável, especificar \_\_\_\_\_

#### ⓪ Comunicação Verbal/ Não verbal

- Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. S/N  
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_
- Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros S/N  
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_

#### ⓪ Comunicação Circular

- Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família S/N  
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_
- Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa Favorável/Não Favorável  
Se NÃO FAVORÁVEL, especificar \_\_\_\_\_

#### ⓪ Coping Familiar

##### ⓪ Solução de Problemas

- Quem na família habitualmente identifica os problemas \_\_\_\_\_
- Quem tem a iniciativa para os resolver \_\_\_\_\_
- Existe discussão sobre os problemas na família S/N
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas S/N  
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_
- A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas S/N
- Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas S/N  
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_

#### ⓪ Papéis Familiares

##### ⓪ Interação de Papéis

- Papel provedor  
Quem desempenha \_\_\_\_\_  
Consenso do Papel SIM  NÃO   
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_  
Conflitos de papel SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_  
Saturação do papel SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_
- Papel gestão financeira  
Quem desempenha \_\_\_\_\_  
Consenso do Papel SIM  NÃO   
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_  
Conflitos de papel SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_  
Saturação do papel SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_
- Papel Cuidado Doméstico  
Quem desempenha \_\_\_\_\_  
Consenso do Papel SIM  NÃO   
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_  
Conflitos de papel SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_  
Saturação do papel SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_
- Papel Recreativo  
Quem desempenha \_\_\_\_\_  
Consenso do Papel SIM  NÃO   
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_  
Conflitos de papel SIM  NÃO

- Se SIM especificar \_\_\_\_\_  
Saturação do papel SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_
- .Papel de Parente  
Quem desempenha \_\_\_\_\_  
Consenso do Papel SIM  NÃO   
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_  
Conflitos de papel SIM  NÃO   
Se SIM especificar \_\_\_\_\_  
Saturação do papel SIM  NÃO   
Se SIM, especificar \_\_\_\_\_

### **⓪** Crenças

- Crenças familiares
  - religiosas \_\_\_\_\_
  - espirituais \_\_\_\_\_
  - valores \_\_\_\_\_
  - culturais \_\_\_\_\_
  - Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde

### **⓪** Relação Dinâmica

#### **⓪** Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

#### **⓪** Influência e Poder

- Membro com maior poder na família \_\_\_\_\_
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros S/N  
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_

#### **⓪** Alianças e Uniões

- Existem na família alianças entre alguns dos seus membros S/N  
Se Sim especificar (quem e que tipo de alianças) \_\_\_\_\_
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união S/N  
Se NÃO, especificar \_\_\_\_\_

#### **⓪** Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)

##### Coesão

- Desmembrada
- Separada
- Ligada
- Muito ligada

##### Adaptabilidade

- Rígida
- Estruturada
- Flexível
- Muito Flexível

##### Tipo de Família

- Muito equilibrada
- Equilibrada
- Meio-term
- Extrema

● Funcionalidade da Família – percepção dos membros

Apgar Familiar de Smilkstein

Membro _____	Resultado	
	Família altamente funcional	<input type="checkbox"/>
	Família com moderada disfunção	<input type="checkbox"/>
	Família com disfunção acentuada	<input type="checkbox"/>
Membro _____	Resultado	
	Família altamente funcional	<input type="checkbox"/>
	Família com moderada disfunção	<input type="checkbox"/>
	Família com disfunção acentuada	<input type="checkbox"/>
Membro _____	Resultado	
	Família altamente funcional	<input type="checkbox"/>
	Família com moderada disfunção	<input type="checkbox"/>
	Família com disfunção acentuada	<input type="checkbox"/>
Membro _____	Resultado	
	Família altamente funcional	<input type="checkbox"/>
	Família com moderada disfunção	<input type="checkbox"/>
	Família com disfunção acentuada	<input type="checkbox"/>

**Anexo III**

**Folheto informativo sobre cuidados aos pés**

Visite o seu Enfermeiro de Família,  
pelo menos uma vez por ano.

Qualquer alteração que detecte, contacte  
imediatamente um profissional de saúde.



**Cuide dos seus pés  
Cuide de si**



Trabalho realizado por:  
Ana Sofia Tomé  
4º Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária  
Novembro de 2011

***Já olhou para os seus  
PÉS, hoje?***



**Se é Diabético e preocupa-se com o seu bem-estar,  
então esta informação é para si!**

## Porquê?

A pessoa com diabetes pode sofrer alterações:

- Nos nervos dos pés, que provocam perda de sensibilidade;
- Nos vasos sanguíneos, provocando dor nas pernas ou pés durante a caminhada, os pés ficam frios e pálidos;
- Nos ossos, o que leva a deformações nos pés.

Por isso...

...podem aparecer feridas nos pés sem que a pessoa se aperceba, porque não dói, podem rapidamente ficar com infecção, muito difícil de tratar, o que pode levar à amputação!

## O que pode fazer?

### Observe os pés, todos os dias

Procure alterações na cor da pele, pequenas feridas, calosidades, bolhas, no meio dos dedos.



### Lave os pés todos os dias

Use sabão neutro e água tépida.  
Verifique a temperatura da água antes de introduzir os pés.  
Evite colocar os pés de molho.  
Seque muito bem, em especial entre os dedos.

### Aplique creme hidratante

Espalhe o creme na planta e peito do pé, mas não entre os dedos

## Cuide das unhas

Corte a direito, com tesoura de pontas arredondas, ou use lima de cartão.



## Escolha bem as meias

Confortáveis, de algodão, de cor clara (pode ver facilmente se tiver ferimentos) e sem costuras (em alternativa, pode usar as meias viradas do avesso).

## Calçado

Antes de calçar os sapatos, verifique se há algum objecto dentro deles.

Evite usar sapatos sem meias.

Use sapatos confortáveis, fechados, com biqueira larga e alta, com velcro ou cordão para ajustar.

Compre os sapatos ao final do dia.



## Importante:

Evite andar descalço, em casa, na rua ou até na praia.

Com o frio, prefira as meias de lã, evite as botijas de água quente, lareiras ou aquecedores.

Evite utilizar calçadas.



## **ANEXO VII**

### **Planeamento da Feira da Saúde**

***“Comemoração do Dia Mundial da Diabetes”***



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

*Comemoração do Dia Mundial da Diabetes*

*Planeamento*

**Alunas:** Ana Maria Ramos

Ana Sofia Tomé

Helena Festas

**Sob orientação de:** Prof. Norminda Magalhães

**Tutora:** Enf<sup>ª</sup>. Raquel Azevedo

**Porto, Novembro de 2011**

## ÍNDICE

	Página
0 – INTRODUÇÃO.....	6
1 – PLANEAMENTO.....	8
1.1 População-alvo.....	8
1.2 Objectivos.....	8
1.3 Indicadores de Avaliação.....	9
1.4 Preparação da Execução.....	10
1.5 Recursos.....	11
1.6 Barreiras e Limites.....	13
2 – AVALIAÇÃO.....	14
3 – CONCLUSÃO.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXOS.....	21
Anexo I – Cartaz de divulgação	
Anexo II – Livro de receitas	
Anexo III – Folha de avaliação de risco de Diabetes Tipo 2	
Anexo IV – Folha de registo de presença nos rastreios	

## ÍNDICE DE QUADROS

	Página
<b>Quadro 1:</b> Indicadores de avaliação.....	9
<b>Quadro 2:</b> Divulgação da Feira da Saúde e entidades responsáveis.....	10
<b>Quadro 3:</b> Actividades a realizar durante a Feira da Saúde e responsáveis.....	11
<b>Quadro 4:</b> Parâmetros rastreados nos utentes diabéticos.....	14
<b>Quadro 5:</b> Média das variáveis dos utentes diabéticos de acordo com o sexo.....	15
<b>Quadro 6:</b> Características antropométricas dos utentes não diabéticos.....	16
<b>Quadro 7:</b> Indicadores de avaliação e resultados.....	18

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Página

<b>Gráfico 1:</b> Distribuição das frequências absolutas do risco de desenvolver diabetes tipo2.....	17
--	----

## **ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

IMC – Índice de Massa Corporal

PA – Perímetro Abdominal

TA – Tensão Arterial

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

UCESH – Unidade de Cuidados de Enfermagem da Senhora da Hora

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

## **0. INTRODUÇÃO**

No âmbito do Módulo II: Projecto de Intervenção, integrado no 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Senhora da Hora entre 3 Outubro e 26 Novembro de 2011, desenvolveu-se o presente documento.

Este apresenta o planeamento de uma feira da saúde, na qual se pretende efectuar a comemoração do Dia Mundial da Diabetes (14 de Novembro), com o objectivo de sensibilizar a população para a problemática da diabetes, no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis.

As feiras da saúde são uma estratégia para proporcionar educação para a saúde, onde decorrem rastreios, demonstrações, apresentam-se posters educativos e folhetos (Onega e Devers, 2011). Habitualmente, são dirigidas e programadas para uma população-alvo específica, mas abrangem toda a população em geral que queira participar.

Realça-se que esta estratégia surge inserida num projecto de intervenção mais amplo e que foi elaborado após o Diagnóstico de Saúde realizado com os utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora.

De forma a obter melhores resultados, impõe-se um planeamento das actividades previstas, pelo que a elaboração deste guia se torna essencial.

Com este trabalho, pretendemos:

- Desenvolver competências no âmbito do planeamento de feiras da saúde;
- Planear uma das estratégias do projecto de intervenção comunitária;
- Dar resposta a uma das vertentes de avaliação do estágio.

Assim, o presente documento encontra-se dividido em subcapítulos que apresentam as várias fases do planeamento da feira da saúde, como a definição da população-alvo, objectivos e indicadores de avaliação, a apresentação da preparação da execução, onde são definidas as actividades e as entidades responsáveis por estas, recursos necessários e possíveis barreiras e limites ao desenvolvimento da feira da saúde.

## 1. PLANEAMENTO

De acordo com Imperatori (1993, p.23), o planeamento da saúde pode definir-se como a *“racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à resolução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”*

Considerando que dispomos de tempo limitado e recursos escassos, revela-se a importância do planeamento de cada uma das actividades previstas, no sentido da sua execução racional e eficiente.

### 1.1 População-alvo

Comunidade na área de influência do Centro de Saúde da Senhora da Hora.

### 1.2 Objectivos

Os objectivos da Feira da Saúde são:

Objectivos gerais:

- Promover estilos de vida saudáveis;
- Promover a vigilância de saúde.

Objectivos específicos:

- Sensibilizar para a problemática da diabetes;
- Sensibilizar para as complicações decorrentes da diabetes;
- Efectuar rastreios para identificação precoce de problemas de saúde;

- Informar sobre alimentação saudável;
- Incentivar a prática de exercício físico.

Objectivos operacionais/metapas:

- 5% de participantes sejam diabéticos;
- 80% dos participantes na feira da saúde efectuem pelo menos um rastreio;
- 5% dos participantes participem na aula de hidrogenástica;
- 5% dos participantes assistam ao workshop sobre alimentação saudável.

### 1.3 Indicadores de avaliação

Apresentam-se os indicadores de processo e resultado, para permitir a avaliação da estratégia seleccionada.

**Quadro 1:** Indicadores de avaliação

Indicadores de processo	Construção		Meta
Percentagem de participantes em pelo menos um rastreio	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes em pelo menos um rastreio}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	70%
Percentagem de participantes presentes na aula de hidrogenástica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na aula de hidrogenástica}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%
Percentagem de participantes que assistiram ao workshop sobre alimentação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que assistiram ao workshop sobre alimentação}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%
<b>Indicador de resultado</b>			
Percentagem de participantes diabéticos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes diabéticos}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%

#### 1.4 Preparação da Execução

De acordo com as indicações das parcerias estabelecidas, nomeadamente com a Câmara Municipal, definiu-se como programa da comemoração do Dia Mundial da Diabetes:

Data: 14 de Novembro 2011

Local: Piscina Municipal de Guifões

14h30-17h: Rastreios e sessões de Reiki

17h: Aula de hidroginástica

18h15: Workshop sobre alimentação saudável

Ainda considerando as decisões tomadas na reunião de preparação da Feira da Saúde, elaborou-se o Quadro 2, onde se definem os responsáveis por cada actividade que permitirá a divulgação da Feira.

**Quadro 2:** Divulgação da Feira da Saúde e entidades responsáveis

Actividade	Responsável
<b>Elaboração de cartaz (Anexo I), tela, notas de imprensa</b>	Gabinete de comunicação ULSM
<b>Divulgação da Feira da Saúde nas clínicas privadas, centro de saúde, paróquia, piscina municipal de Guifões</b>	Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária em estágio na UCCSH
<b>Contactos com os diversos parceiros (IPSS, lares de idosos)</b>	Câmara Municipal de Matosinhos

De seguida apresentamos as diversas actividades a realizar durante a Feira da Saúde e os responsáveis pela sua concretização (Quadro 3).

**Quadro 3:** Actividades a realizar durante a Feira da Saúde e responsáveis

<b>Actividade</b>	<b>Responsável</b>
<b>Rastreios: IMC, PA, TA, glicemia capilar e avaliação de risco de diabetes tipo 2</b>	Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária em estágio na UCCSH Enfermeiros UCCSH Alunos da Licenciatura em Enfermagem da UCP
<b>Rastreio pé diabético</b>	Podologista (a convidar pela Câmara Municipal de Matosinhos)
<b>Workshop alimentação saudável</b>	Nutricionista da UCCSH
<b>Aula de Hidroginástica</b>	Professor convidado pela Matosinhos Sport
<b>Sessão de Reiki</b>	Orientador convidado pela Câmara Municipal

## 1.5 Recursos

### Recursos humanos:

- Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária em estágio na UCCSH;
- Enfermeiros da UCCSH;
- Alunos da Licenciatura em Enfermagem da UCP;
- Nutricionista;
- Podologista;
- Professor de hidroginástica;
- Mestre de Reiki.

Recursos materiais:

- Lanches (maçãs, pão, biscoitos, água);
- Mesas (5);
- Cadeiras (para os rastreios, workshop - 50);
- Projector multimédia+tela (para o workshop sobre alimentação saudável);
- Colunas de som e microfone;
- Biombos (4);
- Computador;
- Caixotes para o lixo (4);
- Material decorativo (balões, velas);
- Material impresso: posters, telas (patrocínio de um laboratório), panfletos, livro de receitas (Anexo II);
- Material para rastreios (UCCSH):
  - TA – Esfingnomanómetro automático (4);
  - IMC – Balança (1) e fita métrica;
  - Perímetro Abdominal – fita métrica (2);
  - Glicemia capilar – Glucómetros (2); Tiras-teste (200); Lancetas (200);  
Compressas; Pensos rápidos (1 caixa); Contentor cortantes (2); Sacos lixo branco (2);  
Sacos lixo preto (2);

- Folhas de registo dos rastreios:

- Folha de avaliação de risco de Diabetes Tipo 2 (para os não diabéticos) – Anexo I.

- Folha de registo de presença nos rastreios (para os diabéticos) – Anexo II.

### **1.6 Barreiras e limites**

As condições climatéricas adversas poderão fazer com que as pessoas não se desloquem ao local do evento.

## 2. AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação desta estratégia é obtida através do cálculo dos indicadores de avaliação previamente estabelecidos.

O número total de participantes na Comemoração do Dia Mundial da Diabetes foi de 89, tendo 65 utentes realizado rastreios (18 diabéticos e 47 não diabéticos), 8 utentes participaram na aula de hidroginástica e 16 estiveram presentes no workshop sobre alimentação saudável.

Como referido os **utentes diabéticos** que participaram nos rastreios foram 18, sendo 10 do sexo feminino e 8 do sexo masculino.

A análise do quadro seguinte permite-nos inferir que a média de idades dos utentes que efectuaram rastreios e eram diabéticos foi de 67,9 anos, o que revela uma população bastante envelhecida. Os dados considerados mais preocupantes prendem-se com o IMC avaliado, pois apresentou uma média de 29,3 kg/m<sup>2</sup>, revelando uma população na sua maioria obesa, dado que vem ser corroborado pela média do perímetro abdominal dos utentes rastreados, que também foi bastante elevada: 92,8 cm.

A média da glicemia capilar avaliada foi de 134,7 mg/dl, o que pode ser justificado pela execução dos rastreios no período após o almoço e lanche (entre as 14:30horas e 17horas).

**Quadro 4:** Parâmetros rastreados nos utentes diabéticos

Parâmetro	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	67.9	9.2
Peso (kg)	75.1	13.6
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	29.3	5.2
Perímetro Abdominal (cm)	92.8	11.6
Glicemia Capilar (mg/dl)	134.7	46.8

De seguida quisemos saber quais as diferenças nos valores da média de cada uma destas variáveis dependendo do sexo dos utentes que efectuaram os rastreios (Quadro 5).

**Quadro 5:** Média das variáveis dos utentes diabéticos de acordo com o sexo

Parâmetro	Mulheres	Homens
Idade (anos)	69.1	66.5
Peso (kg)	72.4	78.4
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	30.6	27.7
Perímetro Abdominal (cm)	95.5	89.5
Glicemia Capilar (mg/dl)	142.1	125.4

De acordo com os dados obtidos, as utentes do sexo feminino apresentam uma maior média de idade, uma maior média de IMC, de perímetro abdominal, assim como da glicemia capilar.

Apenas a variável peso corporal se encontra com uma média mais elevada nos utentes do sexo masculino. Aparentemente as mulheres diabéticas que efectuaram os rastreios encontram-se em maior risco de desenvolver complicações.

Considerando os **utentes não diabéticos** que participaram nos rastreios (n=47), obtiveram-se os resultados que se apresentam de seguida.

Assim, dos 47 utentes não diabéticos: 30 eram do sexo feminino e 17 do sexo masculino. A média de idades da amostra rondou os 58 anos.

Relativamente ao *peso corporal*, constatou-se que os utentes apresentavam uma média de peso de cerca de 72Kg. Considerando o IMC obteve-se uma média de 27Kg/m<sup>2</sup>, o que corresponde à classe de pré-obesidade.

**Quadro 6:** Características antropométricas dos utentes não diabéticos

Dados antropométricos	Média	Média do sexo feminino	Média do sexo masculino
Idade (anos)	58	57	60
Peso (Kg)	72	67,9	79,3
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	27	27,6	25,9

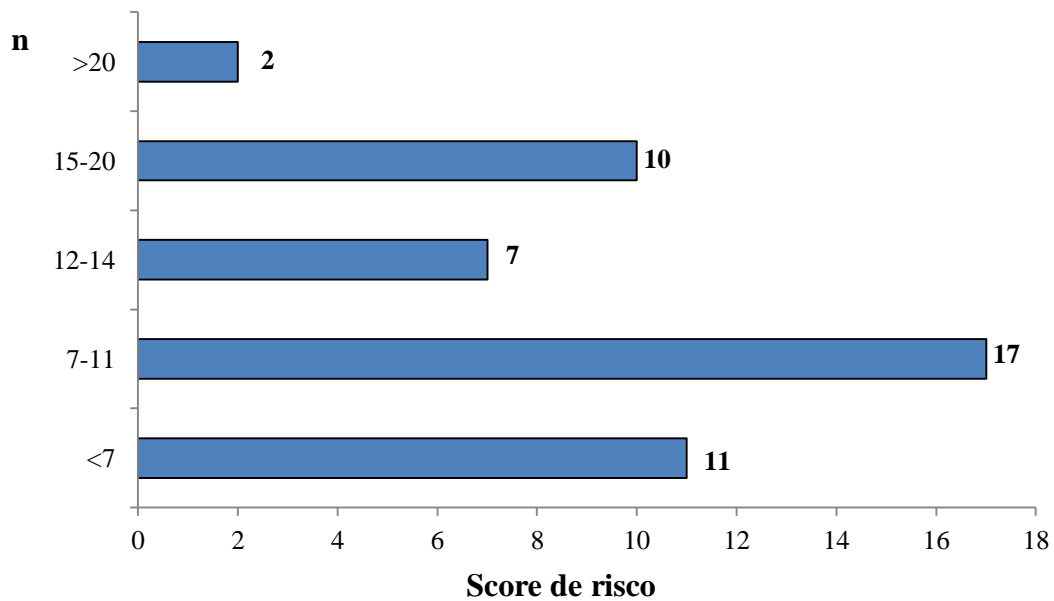
Ao avaliarmos o perímetro abdominal dos utentes do sexo masculino, constatámos que apresentavam uma média de 95cm. Considerando o perímetro abdominal das mulheres inquiridas, observámos que a média se situava nos 91,5cm. Deste modo, as médias obtidas encontram-se acima dos valores normais.

Quanto ao parâmetro Tensão Arterial, verificou-se que uma ligeira maioria dos utentes se enquadra na categoria de Hipertensão Arterial, uma vez que 25 utentes apresentavam valores superiores a 130/80mmHg e 22 utentes apresentavam valores inferiores, tendo por base as normas da DGS.

Tendo em consideração os valores de glicemia capilar obtidos, observa-se uma média de 108mg/dl. No sexo feminino, a média situa-se nos 105mg/dl e no sexo masculino nos 110mg/dl.

Aos utentes não diabéticos foi ainda aplicado um questionário para avaliação do risco de desenvolver diabetes tipo 2 (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Distribuição das frequências absolutas do risco de desenvolver diabetes tipo 2



Como observamos no Gráfico 1, a maioria dos utentes (17) apresenta um risco sensivelmente elevado de desenvolver diabetes tipo 2 (7-11). Com risco baixo (<7) encontramos 11 utentes, risco moderado (12-14) 7 utentes, risco alto (15-20) 10 utentes e risco muito alto (>20) 2 utentes.

O Quadro 7 apresenta-nos os indicadores de avaliação, com o cálculo dos resultados obtidos.

**Quadro 7:** Indicadores de avaliação e resultados

Indicador de processo	Construção		Meta	Resultado
<b>Percentagem de participantes em pelo menos um rastreio</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes em pelo menos um rastreio}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	70%	73%
<b>Percentagem de participantes presentes na aula de hidroginástica</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na aula de hidroginástica}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%	9%
<b>Percentagem de participantes que assistiram ao workshop sobre alimentação</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que assistiram ao workshop sobre alimentação}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%	18%
<b>Indicador de resultado</b>				
<b>Percentagem de participantes diabéticos</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes diabéticos}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%	20%

Como se verifica pela análise do quadro anterior, as metas estabelecidas previamente para os indicadores de resultado foram todas atingidas e superadas.

Tal como referido anteriormente, uma das barreiras ao desenvolvimento desta estratégia poderiam ser as condições climáticas que impediriam as pessoas de se deslocar ao local do evento. De facto, durante a tarde do dia 14 de Novembro choveu bastante, o que poderá ter influenciado o número de participantes.

Por outro lado, outro factor que poderá ter influenciado a adesão da população foi a divulgação tardia do evento.

### **3. CONCLUSÃO**

O planeamento da Comemoração do Dia Mundial da Diabetes permitiu-nos obter uma visão ampla e pormenorizada de todo o trabalho a desenvolver para a realização de uma actividade deste género. Possibilitou-nos a oportunidade de compreender a necessidade do estabelecimento de parcerias na comunidade, bem como a importância de delinear planos alternativos ao previamente estabelecido, de forma a contornar obstáculos inesperados.

Durante o desenvolvimento deste documento, foi também perceptível que este tipo de actividades tem de apresentar temáticas e adequar-se à população em geral, uma vez que não é possível estabelecer critérios de inclusão.

Assim, com a realização deste planeamento, foi possível detectar previamente as necessidades e dificuldades que poderiam surgir no decorrer da actividade. Tendo em conta estes aspectos, consideramos que atingimos os objectivos propostos para a realização deste trabalho.

Realçamos que a avaliação da Comemoração do Dia Mundial da Diabetes foi positiva, o que se pode observar pelos resultados obtidos nos indicadores de avaliação, sendo que todos os participantes mostraram interesse e reconheceram utilidade no evento, como alerta para possíveis alterações de saúde e aproximação aos serviços de saúde disponibilizados.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ONEGA, Lisa L.; DEVERS, Edie – Educação para a Saúde e Processo de Grupo. **In** STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 302-330.

**ANEXOS**

**Anexo I – Cartaz de divulgação**

# Dia Mundial da Diabetes

**Piscina Municipal de Guifões  
14 de Novembro de 2011**

**14H30|19H00**

14h30|17h00

**RASTREIOS**

medição TENSÃO ARTERIAL e GLICEMIA  
avaliação do IMC E DO PÉ DIABÉTICO

14h30|17h00

**SESSÕES DE REIKI**

17H00

**AULA DE HIDROGINÁSTICA** gratuita e aberta ao público

18H15

**WORKSHOP SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**



**Anexo II – Livro de receitas**

***Viva bem com a  
Diabetes***



***O seu livro de  
receitas...***

### **SOPA DE LEGUMES DO DIA-A-DIA (Para 8 porções)**

#### **INGREDIENTES:**

1 cebola grande (200g)  
2 dentes de alho  
2 batatas médias (300g)  
1 bocado de abóbora (250g limpa de casca, filamentos e pevides)  
2 cenouras (200g)  
1 nabo (150g)  
2 tomates médios (150g)  
1 haste de aipo (fac.)  
1,5 l de água fria  
3 colheres de sopa de azeite  
sal (q.b.)

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas – 2g  
Hidratos de Carbono – 11g  
Gorduras – 4g  
Calorias – 85Kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

Corte os legumes preparados todos em bocados e introduza-os numa panela com a água fria. Leve ao lume e deixe cozer até todos os legumes estarem macios. Nessa altura junte o azeite e passe a sopa por um passador ou bata-a com a varinha. Se a sopa estiver muito espessa, junte-lhe um pouco de água a ferver. Rectifique o tempero se necessário. Deste modo obtém um puré que pode ser comido tal e qual. Mas se a quantidade de sopa for demasiada para o seu agregado familiar, divida-a em porções. Pode deixar no frigorífico a sopa necessária para as necessidades familiares durante 3 dias. A restante deverá ser congelada e consumida no prazo de 1 mês. Para variar, pode ainda ralar os legumes em juliana, não passar e sopa e juntar-lhe na altura de servir, um raminho de hortelã.

### **SOPA DE ABÓBORA COM AGRIÃO (4 pessoas)**

#### **INGREDIENTES:**

1 molho de agriões  
1 talhada de abóbora  
2 batatas - 160 g  
1 cebola pequena  
2 dentes de alho  
1 colher de sopa de azeite  
Sal (q.b.)

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas - 3g  
Gorduras - 3g  
H. Carbono - 9g  
Calorias - 74kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

Arranje a abóbora, descasque a cebola, as batatas e os alhos e parta tudo em bocados pequenos. Leve tudo a cozer numa panela com a água necessária, e junte uma pitadinha de sal. Entretanto lave cuidadosamente os agriões e aproveite as folhinhas. Junte os agriões ao puré e leve novamente ao lume até ficarem cozidos e tempere com o azeite.

### **SOPA VERDE COM COUVE-FLOR E CENOURA (4 porções)**

#### **INGREDIENTES:**

2 cenouras (200g)  
1 cebola grande (200g)  
1 courgette (200g)  
1 nabo (100g)  
1 couve-flor pequena (200g)  
½ alface (100g)  
2 colheres de sopa de azeite sal q.b.

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas - 3g  
Gorduras - 5,5g  
H. Carbono - 6g  
Calorias - 82kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

Cortar a cebola, a courgette, o nabo, a alface e uma cenoura em bocados pequenos. Levar ao lume numa panela com a água necessária e uma pitada de sal e deixar cozer até os legumes estarem macios. Passar tudo com a varinha mágica. Entretanto descascar e cortar a outra cenoura em rodela e partir a couve-flor em raminhos. Juntar ao puré, levar novamente ao lume até estarem cozidos e temperar com o azeite.

### **LACINHOS COM FRANGO (4 pessoas)**

#### **INGREDIENTES:**

2 cebolas  
3 dentes de alho  
2 colheres de sopa de azeite  
6 tomates maduros  
1 folha de louro  
3 peitos de frango (100 g cada)  
Orégãos e manjeriço q.b.  
Sal e pimenta q.b.  
150 g de lacinhos  
2 dl de água

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas - 23g  
Gorduras - 9g  
H. Carbono - 30g  
Calorias - 295kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

1. Pique a cebola e os alhos e junte o azeite, o tomate e a folha de louro. Deixe estufar por alguns minutos.
2. Junte os peitos do frango cortados aos cubos, os orégãos, o manjeriço, o sal e a pimenta e adicione a água. Deixe apurar.
3. Escorra os lacinhos já cozidos. Junte o preparado anterior e decore com orégãos e/ou manjeriço.

### **COROA DE ARROZ COM LENTILHAS (6 pessoas)**

#### **INGREDIENTES:**

3 chávenas (chá) de arroz cozido  
3 chávenas (chá) de lentilhas cozidas  
1/2 pimentão verde  
1/2 pimentão vermelho  
1/2 pimentão amarelo  
3 colheres (sopa) de azeite  
1 dente de alho  
1 cebola  
1 colher (sopa) de salsa picada  
Pimenta q. b.

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas - 6g  
Gorduras - 5g  
H. Carbono - 25g  
Calorias - 170kcal

**NOTA:** A lentilha é uma leguminosa rica em fibras e hidratos de carbono de absorção lenta. Também é rica em proteínas vegetais, pelo que para acompanhar, será suficiente um pouco de carne assada (cerca de 50 a 60 g por pessoa).

#### **PREPARAÇÃO:**

Leve o azeite ao lume juntamente com os dentes de alho esmagados e deixe alourar. Junte a cebola picada e os pimentos cortados aos cubos e envolva. Quando começar a agarrar ao fundo do tacho, adicione um pouco de água Tempere com pimenta moída, tape o tacho e deixe cozinhar.

Quando tudo estiver cozido, tire a tampa do tacho e deixe secar um pouco o molho. Depois, adicione o arroz, as lentilhas e a salsa. Misture tudo e coloque numa forma untada com azeite. Deixe ficar alguns minutos, desenforme e sirva.

### **JARDINEIRA DE LULAS**

#### **INGREDIENTES:**

500g de lulas limpas  
500g de tomate maduro  
2 batatas pequenas  
320g de ervilhas  
1 cenoura grande  
1 cebola média  
2 dentes de alho  
2 c. sopa de azeite  
1 folha de louro  
vinho branco q.b.  
sal e pimenta q.b

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas - 20,6g  
Gorduras - 9,1g  
H. Carbono - 19g  
Calorias - 241kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

Corte as lulas aos pedaços e descasque os legumes e as batatas.

Corte a cebola às rodelas, pique os dentes de alho e o tomate, e corte a cenoura e as batatas aos cubos. Coloque o azeite ao lume e adicione a cebola, os dentes de alho, o tomate e o louro, deixando alourar.

Adicione as batatas e a cenoura com o vinho branco, deixando apurar cerca de 5 a 10 minutos.

Adicione as lulas e as ervilhas. Deixe em lume brando durante 20 minutos.

Tempere com sal e pimenta q.b.

Sugestão: Polvilhar com coentros

### **PESCADA COM ESPINAFRES (4 pessoas)**

#### **INGREDIENTES:**

4 lombos de pescada limpos  
3 colheres de sopa de azeite  
1,5 dl de vinho branco  
1 molho grande de espinafres  
1 colher de sopa de farinha de trigo  
2 dl de leite magro  
1 colher de chá de mostarda  
1 colher de sopa de queijo ralado em tiras magro  
sal (q.b.), pimenta e noz moscada

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas - 23g  
Gorduras - 9g  
H. Carbono - 6g  
Calorias - 199kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

Coloque os lombos de pescada num tabuleiro pequeno, tempere muito ligeiramente com sal e pimenta e salpique-os com uma colher de azeite.

Leve ao forno quente (200°C) durante 10 minutos. Regue com o vinho branco e deixe cozer mais 15 minutos.

Entretanto, prepare os espinafres e estufe-os sobre lume brando com uma colher de azeite, um pouco de pimenta e noz-moscada.

Aqueça o restante do azeite num tachinho, polvilhe com farinha, deixe cozer um pouco e regue com leite frio, de uma só vez, e o líquido em que o peixe cozeu. Tempere com noz-moscada e deixe ferver até espessar. Junte a mostarda e misture.

Deite os espinafres estufados num tabuleiro, disponha o peixe por cima e cubra com o molho. Polvilhe com o queijo ralado e leve a gratinar na prateleira superior do forno bem quente.

### **CARAPAUS EM ESCABECHE (4 pessoas)**

#### **INGREDIENTES:**

1 kg de carapaus grelhados  
2 cebolas  
4 dentes de alho  
2,5 dl de azeite  
3 a 4 colheres (sopa) de vinagre de vinho  
1 colher (chá) de pimentão  
2 folhas de louro  
sal

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA**

Proteínas - 20g  
Gorduras - 6g  
H. Carbono - 1g  
Calorias - 140kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

Leve ao lume o azeite com os alhos e as cebolas cortadas em rodela.

Deixe estrugir. Junte o pimentão e o louro. Tempere de sal.

Antes de retirar do lume, deite, com cuidado, o vinagre.

Retire logo que a mistura do azeite com o vinagre esteja feita.

Deite este molho, ainda quente, sobre os carapaus grelhados.

Deixe arrefecer antes de os acondicionar no frigorífico.

### **LOMBO PORCO COM LEITE E AMEIXAS (9 porções)**

#### **INGREDIENTES:**

1kg de lombo de porco magro sal (qb)  
1/2 colher de café de mistura de especiarias  
2 colheres de sopa de azeite  
6 dl de leite magro  
2 folhas de louro  
3 folhinhas de salsa seca  
4 dentes alho  
3 cebolas  
2 ameixas secas

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA**

Proteínas - 25g  
Gorduras - 12g  
H. Carbono - 6g  
Calorias - 232kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

1. Ate o lombo de porco com um fio, á moda de paio. Esfregue-o com um pouco de sal e a mistura de especiarias.
  2. Aloure ligeiramente o lombo de porco no azeite. Regue com o leite e junte o louro, a salsa, os dentes de alho inteiros, as cebolas cortadas em gomos e as ameixas a que retirou previamente o caroço.
  3. Leva lume brando a deixe cozer destapado, cerca de 1 hora, virando o lombo de porco de vez em quando.
  4. Depois de cozida, escorra a carne, mantendo-a quente. Retire o louro e bata o molho com a varinha. Sirva a carne cortada em fatias finas, regadas com algum molho.
- À parte, sirva o restante molho.  
Acompanhamento: sirva acompanhado de salada e um pouco de esparguete cozido (para completar o prato com hidratos de carbono).

### **FRANGO COM TOMATE E PIMENTOS (Para 4 porções)**

#### **INGREDIENTES:**

8 perninhas de frango  
2 colheres sopa de azeite  
1 cebola  
2 dentes de alho  
500g de tomate  
1 pimento verde  
1 pimento vermelho  
1/2 malagueta de piri-piri (facultativo)  
pimenta  
1 ramo de salsa  
1 folha de louro  
sal (q.b.)

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas – 24 g  
Hidratos de Carbono – 7 g  
Gorduras – 8 g  
Calorias – 190 Kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

- Tire a pele às perninhas de frango e tempere com um pouco de sal e pimenta.  
Deite o azeite num tacho. Junte as pernas de frango, a cebola e os alhos picados.  
Tire a pele e as sementes ao tomate e corte em bocados. Limpe os pimentos e corte-os em tiras.  
Junte ao frango, assim como a malagueta de piri-piri, a salsa e o louro atados.  
Tape a tacho e deixe cozer suavemente  
Acompanhamento: Sirva acompanhado de feijão verde cozido e arroz de cenoura (para completar o prato com hidratos de carbono).

### **GELATINA DE IOGURTE COM MORANGOS (4 pessoas)**

#### **INGREDIENTES:**

5 iogurtes naturais (não açucarados)  
4 colheres de sopa de adoçante para culinária  
7 folhas de gelatina incolor  
4 claras de ovo  
300 g de morangos

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas - 10g  
Gorduras - 0,7g  
H. Carbono - 12g  
Calorias - 94kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

1. Numa taça, junte os iogurtes e metade do adoçante (2 colheres de sopa) e misture.
2. Demolhe a gelatina em água fria até amolecer. Escorra e junte um pouco de água quente mexendo até derreter. Deixe arrefecer.
3. Lave os morangos e passe-os com a varinha mágica até obter uma mistura homogênea.
4. Bata as claras em castelo, juntando o resto do adoçante.
5. Misture o preparado dos iogurtes com a gelatina, as claras e o preparado dos morangos. Leve ao frigorífico até solidificar.
6. Antes de servir, passe a taça por água quente, desenforme e decore com alguns morangos.

### **SOBREMESA DE MAÇÃ COM IOGURTE E MIOLO DE NOZ (4 pessoas)**

#### **INGREDIENTES:**

1 maçã  
sumo de limão  
1 iogurte natural  
miolo de noz picado

#### **COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL APROXIMADA POR PESSOA:**

Proteínas - 6g  
Gorduras - 3g  
H. Carbono - 21g  
Calorias - 135kcal

#### **PREPARAÇÃO:**

Arranje uma maçã cortada aos gomos e depois em fatias finas.  
Junte umas gotas de sumo de limão.  
Espalhe por cima 1 iogurte natural seguido de 1 miolo de noz picado. Sirva de imediato fresco.

Receitas retiradas do site [www.apdp.pt](http://www.apdp.pt)



unidos pela diabetes



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde



Trabalho realizado por:  
Ana Maria Ramos  
Ana Sofia Tomé  
4º Mestrado em Enfermagem – Especialização em  
Enfermagem Comunitária

**Anexo III – Folha de avaliação de risco de Diabetes Tipo 2**

**DIA MUNDIAL DA DIABETES  
14 DE NOVEMBRO**

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2**

Nº inscrição: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup> Perímetro Abdominal \_\_\_\_\_ cm  
 Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Glicemia capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl

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

**1. Idade**

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

**2. Índice de Massa Corporal\***

- 0 p.  Menos de 25 kg/m<sup>2</sup>  
 1 p.  25-30 kg/m<sup>2</sup>  
 3 p.  Mais de 30 kg/m<sup>2</sup>

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

*HOMENS*

- 0 p.  Menos de 94 cm  
 3 p.  94-102 cm  
 4 p.  Mais de 102 cm



*MULHERES*

- 0 p.  Menos de 80 cm  
 3 p.  80-88 cm  
 4 p.  Mais de 88 cm

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

- 0 p.  Sim  
 2 p.  Não

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

- 0 p.  Todos os dias  
 1 p.  Às vezes

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

- 0 p.  Não  
 2 p.  Sim

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

- 0 p.  Não  
 5 p.  Sim

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

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

**Nível de Risco Total**

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

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

**Anexo IV – Folha de registo de presença nos rastreios**



“COMEMORAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA DIABETES”

14 Novembro 2011

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos **Peso:** \_\_\_\_\_ Kg **Altura:** \_\_\_\_\_ cm

**IMC:** \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup> **Perímetro Abdominal:** \_\_\_\_\_ cm

**Tensão Arterial:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg **Glicemia capilar:** \_\_\_\_\_ mg/dl

Original (entregar ao utente)

-----



“COMEMORAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA DIABETES”

14 Novembro 2011

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos **Peso:** \_\_\_\_\_ Kg **Altura:** \_\_\_\_\_ cm

**IMC:** \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup> **Perímetro Abdominal:** \_\_\_\_\_ cm

**Tensão Arterial:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg **Glicemia capilar:** \_\_\_\_\_ mg/dl

Duplicado (para o enfermeiro)