



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

GESTÃO INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO NUMA POPULAÇÃO DE DIABÉTICOS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Por

Rafaela Maria Fragoso Maia Figueiredo

Porto – março de 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

GESTÃO INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO NUMA POPULAÇÃO DE DIABÉTICOS

INEFFICIENT MANAGEMENT OF THE THERAPEUTIC REGIME: SITUATION DIAGNOSIS IN A DIABETIC POPULATION

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Por

Rafaela Maria Fragoso Maia Figueiredo

Sob a orientação de:

Professor Doutor Armando Almeida

Porto – março de 2022

Resumo

A Diabetes Mellitus afeta cerca de 13,6% da população portuguesa em idade adulta, sendo responsável por enormes gastos em saúde em recursos de urgência e dias de internamento, estando inserida no contexto do problema de saúde pública das doenças não transmissíveis. A gestão terapêutica da diabetes implica uma atuação a nível do controlo glicémico, alimentação, regime de exercício físico, gestão de regime medicamentoso e vigilância dos pés, estando muito dependente do doente, da sua capacidade para a gestão e na sua volição para a adesão ao regime terapêutico. Este relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório do 14º Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (MEECSP), realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região norte. Utiliza-se a metodologia do planeamento em saúde para dar corpo a um diagnóstico de situação, junto de uma comunidade de pessoas diabéticas, com dificuldades em assegurar a gestão eficaz do seu regime terapêutico, seguido de um processo de priorização de necessidades. Identificaram-se como problemáticas em estudo o conhecimento, capacidade, volição e recursos, em relação à avaliação glicémica, à gestão da alimentação, à realização de exercício físico, à gestão do regime medicamentoso e na realização dos cuidados aos pés. Os principais resultados obtidos demonstraram que a população tem o conhecimento, tem maioritariamente a capacidade e os recursos, mas não tem a volição para a gestão do mesmo. Definiu-se, então, a volição comprometida para a gestão do regime terapêutico na Diabetes Mellitus como a principal área de intervenção comunitária, sendo elaborada uma árvore de decisão diagnóstica para suporte da intervenção de enfermagem, aliada a instrumento de recolha de dados, e realizado um projeto de intervenção, acompanhado de indicadores de processo e resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Gestão do Regime Terapêutico, Volição, Planeamento em Saúde.

Abstract

Diabetes Mellitus affects about 13.6% of the portuguese adult population, being responsible for huge health expenditures in emergency resources and hospitalization days, being inserted in the context of the public health problem of non-communicable diseases. The therapeutic management of diabetes implies action in terms of glycemic control, diet, exercise regimen, management of drug regimen and foot surveillance, being very dependent on the patient, his ability to manage and his willingness to adhere to the treatment. therapeutic regimen. This report is part of the curricular unit Final Internship and Report of the 14th Master's Specialization in Community Nursing and Public Health (MEECSP), carried out in a Community Care Unit (UCC) in the northern region. The methodology of health planning is used to give shape to a diagnosis of the situation, with a community of diabetic people, with difficulties in ensuring the effective management of their therapeutic regimen, followed by a process of prioritization of needs. Knowledge, capacity, volition and resources were identified as problems in the study, in relation to glycemic assessment, food management, physical exercise, management of the medication regimen and in the performance of foot care. The main results obtained showed that the population has the knowledge, mostly has the capacity and resources, but does not have the volition to manage it. The committed volition for the management of the therapeutic regimen in Diabetes Mellitus was then defined as the main area of community intervention, and a diagnostic decision tree was elaborated to support the nursing intervention, combined with a data collection instrument, and carried out an intervention project, accompanied by process and result indicators sensitive to nursing care.

Keywords: Community Nursing, Therapeutic Regimen Management, Volition, Health Planning.

Agradecimentos

Às minhas tutoras, pelo exemplo e ensinamentos que levarei sempre comigo.

Ao Professor Armando Almeida, por acreditar em mim, mesmo quando eu não o
fazia.

Ao meu marido e filhos, meu porto seguro, por tolerarem as minhas ausências e
serem o meu empurrão sempre que precisei de um.

À minha companheira nesta aventura, pela partilha de ansiedades, lágrimas,
risos, forças e vitórias.

À minha restante família, a de sangue e a de coração, que teve sempre aquela
palavra de incentivo no momento certo.

À minha mãe. Por tudo.

Pensamento

“A experiência humana não seria tão rica e gratificante se não existissem obstáculos a superar. O cume ensolarado de uma montanha não seria tão maravilhoso se não existissem vales sombrios a atravessar.”

Helen Keller

Lista de siglas e acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADA – American Diabetes Association

ADO – Antidiabético oral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EESCSP – Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

MEEESCSP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PGC – Pesquisa de Glicemia Capilar

PNS – Plano Nacional de Saúde

PTGO – Prova de Tolerância à Glicose Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

Introdução	17
1. Enquadramento teórico.....	19
1.1 A Diabetes Mellitus	19
1.2 Complicações da DM	22
1.3 A enfermagem e a adesão ao regime terapêutico	22
1.4 O projeto de enfermagem	24
2. Diagnóstico de saúde.....	27
2.1 Questão de investigação.....	27
2.2 Objetivos gerais e específicos.....	27
2.3 População e Amostra	28
2.4 Desenho do estudo.....	29
2.5 Variáveis e recolha de dados	29
3. Análise dos Resultados do Diagnóstico de saúde	35
3.1 Características Sociodemográficas	35
3.2 Avaliação da Glicemia Capilar	36
3.3 Gestão do regime medicamentoso.....	37
3.4. Alimentação	40
3.5. Exercício Físico	42
3.6 Cuidados aos pés	43
3.7 Comportamento de procura de saúde	44
3.8 Síntese final dos resultados	46
4. Intervenção comunitária.....	49
4.1 Necessidades identificadas	49
4.2 Definição de Prioridades	49
4.3 Projeto de intervenção comunitária	52
5. Competências desenvolvidas	57
Conclusão	65
Referências Bibliográficas	69
Apêndices	73

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados	75
Apêndice II - Árvore de Decisão Diagnóstica e intervenção	81
Apêndice III – Apresentação do Diagnóstico de Saúde	89

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Nº de fármacos prescritos por indivíduo	38
Gráfico 2 - Gestor do regime medicamentoso	39
Gráfico 3 - Quem cozinha as refeições	42
Gráfico 4 - Quem cuida dos seus pés	44
Gráfico 5 - Razões para faltar às consultas	45
Gráfico 6 - Elemento de referência na equipa de saúde	46

Índice de Quadros

Quadro 1 - Variáveis em estudo	32
Quadro 3 - Critérios de priorização	50
Quadro 4 - Estabelecimento de prioridades após ponderação por profissionais .	51
Quadro 5 - Estabelecimento de prioridades após ponderação pelos utentes	51
Quadro 6 - Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária	57
Quadro 7 - Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública	63

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	35
Tabela 2 - Caracterização da automonitorização de parâmetros da glicemia capilar	36
Tabela 3 - Gestão do regime medicamentoso.....	38
Tabela 4 - Gestão da insulino-terapia.....	40
Tabela 5 - Gestão do regime alimentar	41
Tabela 6 - Gestão do regime de exercício físico	42
Tabela 7 - Gestão do autocuidado - pé diabético	43
Tabela 8 - Caracterização dos comportamentos de procura de saúde.....	45

Introdução

Este relatório está inserido no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório do 14º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (MEEESCSP), realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região norte, onde integramos um Projeto de Enfermagem no âmbito da Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes Mellitus (DM). O estágio, composto por 360 horas de contato, decorreu de 6 de setembro de 2021 a 18 de dezembro de 2021.

O projeto engloba utentes cuja gestão do regime terapêutico face à DM é ineficaz, sendo um projeto de enfermagem focado na capacitação do utente para um melhor controlo e adesão do regime terapêutico.

A metodologia utilizada teve por base o planeamento em saúde, *“entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários.”* (Imperatori & Giraldes, 1992), que contempla diversas etapas:

- Diagnóstico de Saúde;
- Definição de Prioridades;
- Fixação de Objetivos;
- Seleção de Estratégias;
- Elaboração de Programas e Projetos;
- Preparação da Execução;
- Avaliação.

“Planear é aplicar um processo que conduz à decisão sobre o que fazer, como o fazer e como se avaliará o que se fizer, antes da ação.” (Pineault & Daveluy, 1987). Permite-nos elaborar um plano estruturado de ação de enfermagem, baseado na metodologia científica, que engloba todas as etapas desde a conceção de uma ideia até à avaliação da intervenção realizada.

Priorizar necessidades é um processo complexo, pois nenhuma necessidade do ser humano é menos relevante que outra, nem diferentes pessoas priorizam as necessidades de forma igual. No entanto, os vários métodos de priorização existentes permitem-nos atuar junto da necessidade que se mostra como a mais emergente e a que pode usufruir de benefício direto da atuação de enfermagem em prol de ganhos em saúde. Para tal é necessário conhecer a população em estudo, de forma a ir ao encontro das necessidades sentidas pelos próprios.

Ao longo deste relatório, será descrito o trabalho desenvolvido durante o estágio, dividindo-se o relatório em cinco capítulos:

- O primeiro capítulo consistirá num enquadramento teórico sobre o estado da arte;
- O segundo capítulo será referente à elaboração do diagnóstico de saúde;
- O terceiro capítulo consistirá na análise e discussão dos resultados obtidos;
- O quarto capítulo apresentará a intervenção planeada;
- O quinto capítulo consistirá numa análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo deste percurso.

A referenciação bibliográfica seguirá a Norma APA.

1. Enquadramento teórico

1.1 A Diabetes Mellitus

A DM é uma doença crónica que produz grandes custos em saúde e causa inúmeras complicações aos doentes, sendo uma doença com aumento de incidência em Portugal, tornando-se um problema de saúde pública pelo impacto que causa no Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelos custos a ela associados, decorrentes do seu acompanhamento, mas também das suas complicações. Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD, 2015).

A DM é uma desordem metabólica de etiologia múltipla, com deficiência na secreção e/ou ação da insulina. (SPD, 2015).

Segundo a Norma nº 002/2011 da Direção Geral da Saúde (DGS, 2011), os critérios para diagnóstico da DM são:

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl ou
- Sintomas clássicos com glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl ou
- Glicemia ≥ 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

De salientar também, na mesma norma, os critérios para determinar utentes com hiperglicemia intermédia, grupo passível e intervenção para prevenção da doença, com os seguintes critérios de diagnóstico:

- Anomalia da Glicemia de Jejum: glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl;
- Tolerância Diminuída à Glicose: glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl”.

Após consulta de vários autores como DGS (2011), Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), American Diabetes Association (ADA, 2018), Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP, 2019), a DM divide-se em vários tipos:

Diabetes Mellitus Tipo 1

A DM Tipo 1, é menos frequente e afeta, na maioria das vezes, crianças e jovens, podendo surgir na idade adulta. Na DM Tipo 1, as células β do pâncreas deixam de produzir insulina por destruição das mesmas, logo os indivíduos necessitam de terapêutica com insulina de forma continuada.

As causas não são, ainda, plenamente conhecidas, sabendo-se, no entanto, que é o sistema imunitário da pessoa com DM, que ataca e destrói as suas células β e que o fenómeno não está diretamente relacionado com hábitos de vida ou de alimentação, em oposição à DM tipo 2.

Diabetes Mellitus Tipo 2

A DM tipo 2 é causada por um desequilíbrio no metabolismo da insulina, tendo como fatores de risco o sedentarismo, a obesidade e a predisposição genética. No entanto, embora exista esta predisposição genética, a DM tipo 2 pode ser prevenida controlando os restantes fatores de risco.

Na DM tipo 2 existe um défice de insulina e/ou resistência à insulina, sendo necessária uma maior quantidade para a mesma quantidade de glicose no sangue de um não diabético.

Diabetes Mellitus Gestacional

Esta forma de DM surge em grávidas que não eram diabéticas previamente à gravidez e, por regra, termina com o fim da mesma. No entanto, a probabilidade de virem a desenvolver DM tipo 2 existe.

A DM Gestacional pode trazer complicações para a grávida e para o feto se não for detetada e tratada, inclusive aborto espontâneo.

Existem outros tipos de Diabetes, de incidência inferior, segundo várias fontes, (DGS, 2011), (ADA, 2018), (APDP, 2019) e (OMS, 2019), como por exemplo:

- **Diabetes tipo MODY (Maturity - Onset Diabetes of the Young)** afeta adultos jovens, mas também pode afetar adolescentes e crianças. Tem características da DM tipo 2, e surge por mutação genética que se traduz em alteração da tolerância à glicose.
- **Diabetes neonatal**, afeta crianças até aos 6 meses, muitas vezes diagnosticada como DM tipo 1.
- **Diabetes Tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults)** Com características similares à DM tipo 2, com maior incidência entre os 35 e 60 anos. O tratamento foca-se no controlo glicémico, e a progressão da doença leva à necessidade de insulino-terapia.
- **Diabetes induzida por drogas ou químicos.**
- **Resistência Congénita ou Adquirida à Insulina.**
- **Diabetes Secundária ao Aumento da Função das Glândulas Endócrinas:** por exemplo na doença de Cushing, feocromocitoma, acromegalia ou gigantismo).
- **Diabetes Relacionada com anomalias da Insulina:** Insulinopatias.
- **Diabetes Associada a Poliendocrinopatias Auto-Imunes.**
- **Diabetes Secundária a Doenças Pancreáticas:** por exemplo na pancreatite crónica, carcinoma pancreático, fibrose cística e hemocromatose.

A DM tipo 1, tipo 2 são as de maior prevalência a nível mundial; em Portugal, no ano de 2018, afetavam cerca de 13,6% da população dos 20 aos 79 anos (SPD, 2019). A diabetes gestacional, por sua vez, surge em média em 8,8% das gestações anualmente. De realçar ainda que 28% da população tem hiperglicemia intermédia, sendo que apenas 58,4% está normoglicémica (SPD, 2019).

A tendência é, também, para existir um aumento da incidência da doença com o envelhecimento, principalmente no sexo masculino, sendo que um quarto da população com mais de 60 anos é diabética. O aumento dos casos de DM está também muito associado ao Índice de Massa Corporal (IMC), sendo que 90% dos diabéticos em Portugal apresenta IMC elevado (Dados do PREVADIAB, o primeiro estudo da prevalência da DM em Portugal, realizado em 2009). A prevalência da DM em pessoas com IMC acima de 30 é quatro vezes superior do que nas que apresentam IMC normal. Sendo a obesidade um dos maiores problemas da saúde

pública em Portugal e em grande parte do mundo, estima-se um aumento de novos casos de doenças metabólicas e cardiocirculatórias no futuro. No contexto nacional, em 2018, a DM representou 3,8% dos óbitos segundo o Instituto Nacional de estatística (INE, 2021).

1.2 Complicações da DM

As complicações da DM e a má gestão da doença por parte dos indivíduos traduzem-se num frequente recurso ao serviço de urgência, num aumento dos dias de internamento dos utentes com diabetes e, conseqüentemente, uma diminuição de anos de vida saudáveis e um aumento dos custos da doença. As complicações mais frequentes, segundo a DGS (2009), são:

- Neuropatia – Conhecido por pé diabético, é uma complicação frequente, levando a feridas de pé diabético e, por vezes, a amputação.
- Cardiopatia – como doença coronária, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, arteriopatia periférica e insuficiência cardíaca congestiva.
- Nefropatia – Traduz-se em doença renal crónica de origem em nefropatia diabética, podendo ser necessária a substituição da função renal.
- Retinopatia diabética – causada pelas alterações estruturais dos vasos sanguíneos da retina.

1.3 A enfermagem e a adesão ao regime terapêutico

No Plano Nacional de Saúde (PNS) – extensão a 2020, propõe-se “o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença”. Como tal, e de acordo com as metas em saúde, esta é uma das áreas de intervenção com grande potencial para obter ganhos em saúde, mantendo-se como uma prioridade no PNS 2021-2030, no âmbito da epidemia das doenças não transmissíveis; prevalece, de igual modo, como prioritário, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes, (DGS, 2008).

A DM tem como tratamento a conjugação de uma alimentação saudável, o exercício físico e o tratamento farmacológico. Embora a abordagem à DM seja multidisciplinar, a Enfermagem, como tem por foco as respostas humanas à doença e aos processos de vida, tem a obrigação de desempenhar um papel preponderante, tendo em conta que a evidência demonstra que o sucesso para controlar a doença é o exercício pleno do autocuidado. Assim, a adesão ao regime terapêutico na DM, pode ser trabalhada através da promoção e educação para a saúde, capacitando e aumentando o nível de literacia dos indivíduos, para que sejam capazes de tomar as melhores decisões.

A OMS define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (OMS, 1998). É a capacidade de decidir sobre a sua saúde a saúde de forma esclarecida e fundamentada ao longo da vida, que permite adaptar continuamente a gestão do regime terapêutico aos diferentes desafios que vão surgindo e que se configura naquilo a que os enfermeiros chamam de autonomia no autocuidado.

A gestão do regime terapêutico é, por isso, um foco de atenção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com a seguinte definição:

“Gestão do Regime Terapêutico é um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária”. (CIPE, 2019).

Destacam-se, ainda, outros conceitos relevantes para a compreensão deste relatório, também eles definidos de acordo com a CIPE (2019):

Adesão: ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos.

Conhecimento: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação.

Volição: escolha consciente; ato de escolher para o bem-estar próprio.

Capacidade: habilidade pessoal para concretizar uma ação.

A gestão eficaz do regime terapêutico surge como uma dificuldade para os diabéticos, pela exigência e pela responsabilidade de uma autogestão cuidada e contínua. A mudança de hábitos surge como uma contrariedade, muitas vezes dificultada por crenças em saúde erróneas, pela não aceitação do estado de saúde e pela complexidade da própria gestão da doença em todas as suas dimensões. Por vezes, as alterações de estilo de vida ideais, propostas pela equipa de saúde, nem sempre se adequam ao estilo de vida dos indivíduos, o que por si só, também representa um grande desafio para a tomada de decisão e capacidade de negociação dos enfermeiros.

É por isso fundamental conhecer as reais necessidades dos indivíduos e o diagnóstico de situação, como primeiro passo do planeamento em saúde, emerge como pedra basilar para fomentar uma atuação dirigida, aumentando a probabilidade de se chegar a ganhos efetivos de saúde.

1.4 O projeto de enfermagem

O Projeto de Enfermagem é um programa transversal às várias Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do concelho em que foi realizado o estágio, e visa acompanhar utentes na obtenção de melhor gestão do seu regime terapêutico, na valência da alimentação, exercício físico e autogestão da doença. A UCC acompanha, normalmente, em simultâneo, 50 utentes. Existem 3 critérios de inclusão no projeto:

- Uteses inscritos nas Unidades de Saúde Familiar (USF) da área geográfica de intervenção do ACES
- Idade superior a 18 anos
- DM tipo 2 diagnosticada com Hemoglobina glicada (HbA1c) ≥ 8 e:
 - Gestão do regime terapêutico comprometido/ Não adesão ao regime terapêutica há, pelo menos, 9 meses;

Ou

- Indivíduos/ prestadores de cuidados com déficit de conhecimentos/capacidades ao nível da terapêutica injetável para a DM tipo 2.

No âmbito do Projeto, disponibiliza-se um acompanhamento contínuo de Enfermagem, que tem por objetivos: o aumento do nível de literacia em saúde e a capacitação dos indivíduos e/ou cuidadores para assumirem o autocuidado na gestão do regime terapêutico face à diabetes.

No entanto, a experiência demonstra que há indivíduos que se mantêm por longos períodos no programa, maioritariamente por incapacidade em gerir alguma parte do seu regime terapêutico ou por falta de outro tipo de solução de substituição no autocuidado, ainda por diagnosticar, fatos que nos levaram a inferir sobre a necessidade de realizar um diagnóstico de situação, algo que foi bem recebido pelos profissionais envolvidos. Assim, depois do contato com a população de diabéticos e com os profissionais de enfermagem envolvidos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica de onde emergiram diversos fenómenos potenciais a explorar, de onde se destacam: literacia em saúde, capacidade para executar o autocuidado, recursos para gerir o regime, volição para manter a gestão do regime terapêutico e potenciais ganhos em saúde associados ao projeto.

2. Diagnóstico de saúde

2.1 Questão de investigação

Que necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem, enfrentam os indivíduos diabéticos envolvidos no projeto de intervenção da UCC para melhoria da gestão do regime terapêutico face à doença?

O que nos levou às sub-questões seguintes:

- Os utentes inseridos no Projeto de Enfermagem têm conhecimentos para a gestão do regime terapêutico?
- Os utentes inseridos no Projeto de Enfermagem têm capacidade para a gestão do regime terapêutico?
- Os utentes inseridos no Projeto de Enfermagem têm os recursos necessários para a gestão do regime terapêutico?
- Os utentes inseridos no Projeto de Enfermagem têm volição para assumirem a gestão do regime terapêutico?
- Qual o impacto do Projeto de Enfermagem para a melhoria da adesão ao regime terapêutico?

2.2 Objetivos gerais e específicos

Gerais

- Caracterizar a população abrangida pelo Projeto de Enfermagem
- Identificar as necessidades dessa população, sensíveis aos cuidados de enfermagem.
- Caraterizar o impacto do Projeto de Enfermagem na vida dessa população.

Específicos

- Caracterizar a população socio demograficamente;
- Identificar necessidades em conhecimento que influenciam a gestão do regime terapêutico face à Diabetes;
- Caracterizar deficiências na capacidade para a gestão do regime terapêutico face à Diabetes;
- Caracterizar a atitude da população face à aquisição de autonomia para assumir a gestão do regime terapêutico na Diabetes;
- Caracterizar a necessidade de recursos da população para a gestão do regime terapêutico na Diabetes;
- Identificar barreiras para o autocuidado na gestão do regime terapêutico na Diabetes;
- Avaliar o impacto, sentido pela população, da presença de cuidados de enfermagem de proximidade, para o controlo da doença.

2.3 População e Amostra

A população deste estudo abarca todos os inscritos nas unidades funcionais da área de abrangência da UCC, que fazem parte do projeto de acompanhamento de enfermagem a pessoas diabéticas com compromisso na gestão do regime terapêutico.

Utilizou-se uma amostragem por conveniência tendo em conta as visitas planeadas pelos enfermeiros, para os diversos indivíduos/ famílias que compõem a população. Definiram-se como critérios de inclusão:

- Experiência prévia de contato com a orientação dos enfermeiros – apenas foram incluídos indivíduos abrangidos pelo Projeto até à data-limite de 30 de setembro de 2021;
- Consentimento livre e esclarecido – apenas foram incluídos indivíduos que aceitaram participar no estudo;

- Capacidade de interação – apenas foram incluídos indivíduos que demonstraram ter capacidade para compreender/ responder às questões colocadas.

A colheita de dados foi realizada através do preenchimento de um formulário, de forma presencial, em contexto de visitação domiciliária ou em momentos devidamente agendados de consulta na UCC. O formulário foi aplicado com base na árvore de decisão diagnóstica face ao autocuidado da DM.

Da população inicial de 55 utentes (50 ativos no projeto e 5 com alta durante o estágio), 21 não tinham capacidade de interação, recusaram, faltaram por duas vezes ou não atenderam o telefone por 3 dias, em horários diferentes; a amostra final ficou constituída por 34 indivíduos.

2.4 Desenho do estudo

Este estudo tem uma metodologia quantitativa, sendo de caráter exploratório e descritivo.

2.5 Variáveis e recolha de dados

A recolha de dados foi realizada por nós, com a ajuda de um formulário (Apêndice I), baseado na árvore de decisão diagnóstica criada para o efeito (Apêndice II).

Tal como já foi dito, a recolha dos dados foi realizada, presencialmente, de duas formas: com os indivíduos/ famílias durante a visitação domiciliária e durante as consultas agendadas para a UCC. Os dados foram recolhidos no espaço de 1 mês, de 18 de outubro a 18 de novembro de 2021, com recurso a automóvel próprio e a gabinete disponível na UCC. Posteriormente, os dados foram introduzidos informaticamente através de Microsoft Excel, tratados estatisticamente e apresentados sobre a forma de quadros e gráficos.

O formulário abrangeu os seguintes domínios:

- Características sociodemográficas;
- Dependência do doente;
- Facilidade de acesso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP);
- Informações sobre gestão do regime terapêutico no âmbito do conhecimento, capacidade, volição e recursos na:
 - Avaliação de glicemia;
 - Gestão de regime medicamentoso;
 - Estilo de vida (alimentação e exercício físico);
 - Autovigilância dos pés.

Após fomentar um ambiente propício para a partilha de informação, cada um dos domínios foi analisado tendo em conta as observações face às informações fornecidas pelos indivíduos e às capacidades demonstradas pelos mesmos, no desempenho das atividades propostas.

Na caracterização da automonitorização de parâmetros da glicemia capilar, o conhecimento foi avaliado tendo em conta os momentos ideais para a avaliação, a frequência da substituição de lancetas, a interpretação de valores de glicemia e consequente atuação. A capacidade foi analisada através da realização de uma pesquisa de glicemia capilar (verificando a existência de tremor ou diminuição da acuidade visual), ou da substituição de sensor e sua leitura. Os recursos foram analisados pela disponibilidade de material e os custos para os indivíduos. Por último o envolvimento no procedimento (volição) foi avaliado através da análise do discurso sobre a sua perceção acerca da automonitorização.

Na gestão do regime medicamentoso, foi pedido aos indivíduos que enumerassem os fármacos prescritos, a sua indicação, forma de atuação e horários de administração de cada um, bem como a forma correta de os armazenar. A competência foi analisada, tendo em conta as habilitações literárias, a acuidade visual e tremor, na identificação dos fármacos, abertura dos blisters, capacidade de distribuir os fármacos adequadamente e de os tomar às horas corretas. Os recursos foram analisados verificando a existência de folha de terapêutica atualizada e interpretável pelo indivíduo, recursos para a preparação de fármacos semanais e perceção financeira dos indivíduos sobre os gastos com o regime medicamentoso.

A volição foi analisada pela informação fornecida pelos mesmos acerca da percepção da importância do regime medicamentoso e da vontade para o cumprir. Ainda dentro do regime medicamentoso, inseriu-se a insulino terapia, em que o conhecimento foi avaliado sobre a substituição de agulhas, alternância de locais de administração e forma correta de armazenamento. A capacidade foi analisada visualizando uma preparação da administração com correta dosagem e manuseio das canetas de insulina. Os recursos foram analisados através de informações fornecidas pelos indivíduos sobre armazenamento de insulina e material e a volição pelo envolvimento dos mesmos na gestão da insulino terapia e sua percepção sobre a mesma.

Na gestão do regime alimentar, o conhecimento foi analisado em conversa informal, sobre os alimentos com maior e menor índice glicêmico, o número de refeições que deviam ser consumidas por dia bem como a sua composição e os alimentos a evitar. A capacidade foi analisada tendo em conta a performance observada na preparação dos alimentos, ao realizar as compras ou ao delegar essas atividades a terceiros, acompanhada das informações corretas. Os recursos foram discutidos com os indivíduos, abordando a possibilidade de estes irem às compras, armazenarem corretamente os alimentos e terem acesso a refeições adequadas à DM. A volição foi analisada em conversa sobre a importância da alimentação na DM, os fatores facilitadores/dificultadores e as crenças errôneas, discutindo diferentes cenários e desfechos para situações do seu dia a dia, concluindo, com os indivíduos, se optariam por se alimentar de forma mais saudável ou não.

De igual forma, a gestão do regime de exercício envolveu análise do conhecimento sobre a importância do mesmo na DM e da frequência da prática. A capacidade foi analisada por observação direta da mobilidade dos indivíduos e em conversa informal sobre fatores facilitadores e dificultadores da prática de exercício. A análise dos recursos envolveu observação do domicílio, da presença de escadas ou aparelhos para a prática de exercício, de parques e/ou estruturas municipais nas proximidades. A volição foi analisada da mesma forma que na alimentação, analisando crenças errôneas e fatores dificultadores, propondo soluções e demonstrando fatores facilitadores, e inquirindo se realizariam exercício físico por sua vontade.

Na automonitorização do pé diabético, o conhecimento envolveu questões acerca do autocuidado, da visualização de lesões, do corte de unhas, limpeza e hidratação dos pés e do uso de meias e calçado adequado. A capacidade foi analisada considerando a mobilidade e acuidade visual dos indivíduos. A análise dos recursos incidiu sobre a presença de espelho para visualização dos pés, de instrumentos para o cuidado aos pés e de calçado adequado, bem como o recurso a terceiros quando era necessária a substituição no autocuidado. A volição foi analisada pela demonstração de interesse em realizar o autocuidado ou em delegar o mesmo.

O comportamento de procura de saúde envolveu discussão sobre vários temas, como o acesso aos CSP (consultas, exames, situações urgentes, mobilidade, acompanhantes, rede de transportes, etc, as dificuldades sentidas e a facilidade de contato com a equipa de saúde. As variáveis em estudo encontram-se descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis em estudo

Caraterização	Variável	Natureza
Amostral	Sexo	Nominal
	Idade	Quantitativa
	Convivente	Nominal
	Cuidador	Nominal
	Habilitações literárias	Nominal
	Tempo no projeto	Quantitativa
Glicemia	Método de avaliação de glicemia	Nominal
	Conhecimento de avaliação de glicemia	Nominal
	Interpretação de valores de glicemia	Nominal
	Atuação em Hipoglicemia	Nominal
	Atuação em Hiperglicemia	Nominal
	Correta avaliação de glicemia	Nominal
	Capacidade para avaliação de glicemia	Nominal
	Recursos para avaliação de glicemia	Nominal
	Volição da avaliação de glicemia	Nominal
Regime medicamentoso	Nº de fármacos	Quantitativa
	Tipo de tratamento	Nominal
	Conhecimento sobre regime medicamentoso	Nominal

	Capacidade para gestão do regime medicamentoso	Nominal
	Recursos para gestão do regime medicamentoso	Nominal
	Volição para gestão do regime medicamentoso	Nominal
	Cumpre o regime medicamentoso da DM	Nominal
	Conhecimento sobre insulino terapia	Nominal
	Capacidade para insulino terapia	Nominal
	Recursos para insulino terapia	Nominal
	Volição para insulino terapia	Nominal
Alimentação	Conhecimento sobre alimentação	Nominal
	Capacidade para gerir a alimentação	Nominal
	Recursos para gerir a alimentação	Nominal
	Volição para gestão da alimentação	Nominal
	Cozinha	Nominal
	Faz as compras	Nominal
Exercício físico	Conhecimento sobre exercício físico	Nominal
	Capacidade para realizar exercício físico	Nominal
	Recursos para realizar exercício físico	Nominal
	Volição para realizar exercício físico	Nominal
Cuidados aos pés	Conhecimento sobre cuidados aos pés	Nominal
	Capacidade para cuidados aos pés	Nominal
	Recursos para cuidados aos pés	Nominal
	Volição para cuidados aos pés	Nominal
Contacto com equipa de saúde	Vai a consultas agendadas	Nominal
	Elemento de referência	Nominal
	Acesso a equipa do projeto	Nominal
	Acesso a equipa de saúde	Nominal
	Perceção do estado de saúde	Nominal

3. Análise dos Resultados do Diagnóstico de saúde

3.1 Características Sociodemográficas

Na tabela 1 apresentam-se os resultados que permitem caracterizar sociodemograficamente a amostra. Constata-se que temos uma população maioritariamente do sexo feminino (61,8%), com idade máxima de 89 anos e mínima de 53 anos, em que a média é 71,6 anos e a mediana 73 anos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	21	61,8
	Masculino	13	38,2
Idade	53 a 62	4	11,8
	63 a 72	12	35,2
	73 a 83	16	47,1
	83 ou mais	2	5,9
Com quem vive?	Conjuge	20	58,8
	Sozinho	9	26,5
	Filhos	4	11,8
	Netos	1	2,9
Tem cuidador?	Sim	4	88,2
	Não	30	11,8
Habilitações literárias	Analfabeto	3	8,8
	Sabe ler e escrever	2	5,9
	1º ciclo	26	76,5
	2º/ 3º ciclo	2	5,9
	Secundário	0	0
	Licenciatura ou superior	1	2,9
Tempo no Projeto	0 a 6 meses	11	32,4
	7 a 12 meses	12	35,3
	13 a 18 meses	8	23,5
	19 a 24 meses	3	8,8

É uma população com baixo nível de escolaridade, tendo, maioritariamente, o primeiro ciclo (76,5%). Apenas 8,8% da população apresenta escolaridade de 2º ciclo ou superior, sendo que 8,8% são analfabetos, 5,9% sabe apenas ler e escrever.

Em relação ao agregado familiar, é de salientar que 26,5% vive sozinho. Os restantes, 58,8% vive com o cônjuge e 14,1% vive com filhos ou netos. Apenas 11,8% tem cuidador.

Em média, estão a ser seguidos no projeto há cerca de 10 meses, sendo a mediana de 8 meses. O elemento acompanhado há mais tempo está inserido há 22 meses, enquanto o último a entrar conta com 4 meses de apoio.

3.2 Avaliação da Glicemia Capilar

A monitorização da glicemia capilar apesar de ser incutida em todos, é assumida, regularmente, por 97,2% dos indivíduos da amostra, que no geral, demonstram interesse e uma adequada volição para a realização dessa tarefa; por outro lado, mesmo com o apoio continuado de enfermagem existem 3 indivíduos que se mantêm resistentes, não demonstrando qualquer interesse em avaliar os seus parâmetros, algo que só acontece por pedido da equipa de saúde (Tabela 2). Para a sua concretização 32,4% utiliza sensor de avaliação de glicemia enquanto 67,6% realiza a pesquisa de glicemia capilar (PGC) – tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da automonitorização de parâmetros da glicemia capilar

Variáveis		n	%
Método de avaliação da glicemia capilar	PCG	23	67,6
	Sensor	11	32,4
	Nenhum	0	0
Demonstra conhecimento sobre avaliação da glicemia	Sim	28	82,4
	Não	6	17,6
Interpreta valores da glicemia	Sim	30	88,2
	Não	4	11,8
Atuação em Hipoglicemia	Sim	24	70,6
	Não	10	29,4
Atuação em Hiperglicemia	Sim	15	44,1
	Não	19	55,9
Realiza avaliação glicémica adequadamente	Sim	33	97,1
	Não	1	2,9
Tem capacidade para realizar a avaliação de glicemia	Sim	29	85,3
	Não	5	14,7
Se não, quem realiza?	Conjuge	3	8,8
	Cuidador/a	1	2,9
	Filho/a	1	2,9
Tem os recursos necessários para realizar o controlo glicémico?	Sim	30	88,2
	Não	4	11,8
Demonstra interesse em realizar o controlo glicémico	Sim	31	91,2
	Não	3	8,8

No que diz respeito ao conhecimento adquirido sobre a automonitorização da glicemia capilar, os indivíduos sabem, por norma, quais os momentos propícios

para a realizarem, quando e como devem substituir as lancetas, bem como situar os locais de punção. Na presença dos resultados dessa avaliação, 88,2% sabe interpretá-los, atribuindo o juízo simples de está bem ou está mal; dos 11,8% que não o fazem, há utentes que referem apenas realizar a PGC por indicação da equipa de saúde, não demonstrando interesse algum na mesma, nem entendendo que benefício podem obter através desse ato.

Sobre a correta atuação em caso de hipoglicemia ou hiperglicemia, os indivíduos demonstram maior preocupação com a hipoglicemia, sendo que apenas 29,4% não sabe como atuar; já em relação à hiperglicemia, a maioria (55,9%) não sabe como atuar, o que permite concluir que o significado que as pessoas atribuem aos eventos críticos é fundamental para que se predisponham a considerá-los e a preparar-se para os evitar.

Analisando a capacidade dos indivíduos para assumirem, de forma independente, a automonitorização, 14,7% não está capaz de realizar a PGC, por incapacidade visual, tremor, mobilidade difícil ou porque não confiam nas suas capacidades para a realização da mesma. Neste caso, essa atividade é assegurada, maioritariamente pelo cônjuge (60%), por filhos (20%) ou cuidadores (20%).

Em relação aos recursos utilizados, quem utiliza sensor refere dificuldades económicas pelo custo dos mesmos (11,8%). Alguns que realizam PGC e gostariam de utilizar sensor, referem que não existem neste momento leitores disponíveis no mercado.

3.3 Gestão do regime medicamentoso

Entrando no bloco da gestão do regime medicamentoso, importa salientar que 78,8% tem como base do tratamento da diabetes antidiabéticos orais (ADO) e insulinoaterapia, sendo que apenas 21,2% está medicado apenas com ADO (tabela 3).

Tabela 3 - Gestão do regime medicamentoso

Variáveis		n	%
Nº de fármacos	4 a 7	13	38,2
	8 a 11	13	38,2
	12 a 16	8	23,5
Tratamento da diabetes	ADO	8	23,5
	ADO + Insulina	26	76,5
É o próprio que gere o regime medicamentoso?	Sim	25	73,5
	Não	9	26,5
Se não, quem gere?	Cuidador/a	1	8,8
	Enfermagem do projeto	5	14,7
	Filhos	3	8,8
Tem conhecimento adequado sobre o regime medicamentoso?	Sim	28	82,4
	Não	6	17,6
Tem capacidade para gerir o regime medicamentoso?	Sim	26	76,5
	Não	8	23,5
Tem acesso aos recursos necessários para gerir o regime medicamentoso?	Sim	29	85,3
	Não	5	14,7
Quer gerir o regime medicamentoso?	Sim	26	76,5
	Não	8	23,5
Cumprir a toma de antidiabéticos orais conforme a prescrição?	Sim	33	97,1
	Não	1	2,9

A maioria dos indivíduos é polimedicado (tem prescrito 5 ou mais fármacos, em simultâneo), variando entre tratamentos compostos por 4 e 16 fármacos, sendo a média de 8,9 (gráfico 1).

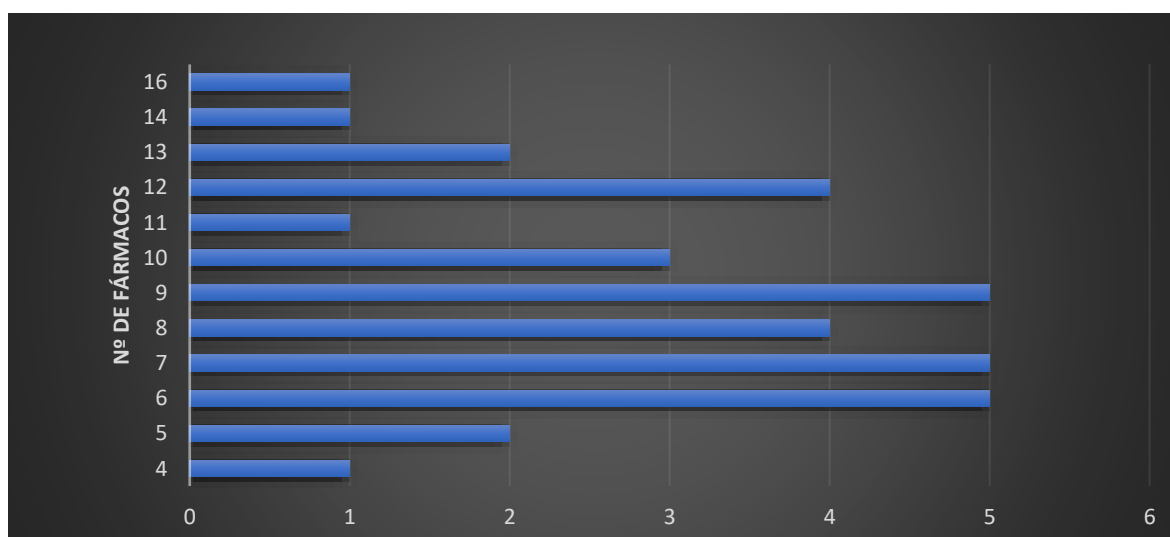


Gráfico 1 - Nº de Fármacos prescritos por indivíduo

A autogestão do regime medicamentoso é realizada por 73,5%; nos restantes, maioritariamente, são os enfermeiros associados ao projeto que o fazem (Gráfico 2), o que demonstra a carência de apoio social que também afeta estas pessoas. Avaliando a capacidade individual para assumir a gestão do regime terapêutico, apenas 23,5% não demonstra competências para o fazer; ou seja, dos 6 indivíduos que não gerem, apenas 5 não têm capacidade para o fazer, sendo que o sexto não o faz por opção própria. No que diz respeito à vontade para assumir

autonomamente a gestão do regime medicamentoso, constata-se que é sobreponível à capacidade demonstrada para o gerir, ou seja, quem já não o consegue fazer, não demonstra vontade para readquirir essa autonomia.

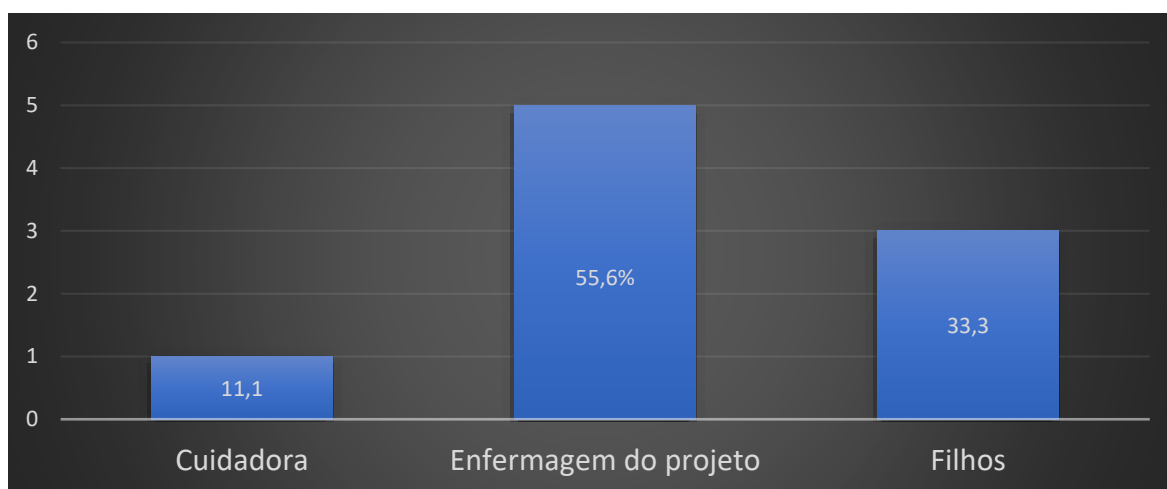


Gráfico 2 - Gestor do regime medicamentoso

Analisando o domínio do conhecimento, 17,6% evidenciam défice de conhecimento, em grau elevado, sobre o regime medicamentoso, não sabendo para que são os fármacos que tomam, embora se demonstrem disponíveis para cumprir com as indicações da equipa de saúde, mantendo uma adesão passiva.

Relativamente aos recursos, 14,7% assume não ter o necessário para a gestão do regime medicamentoso, sendo que a parte económica é a mais referenciada. O custo dos medicamentos e os baixos rendimentos da maioria dos utentes, torna a gestão financeira complicada. Alguns referem não adquirir outras coisas que necessitam em prol da medicação.

A toma de ADO e da restante medicação é assumida regularmente por 97,1%, constatando-se que apenas 3 dos indivíduos envolvidos referem falhar nas tomas por esquecimento.

Relativamente à gestão da insulinoaterapia, como se pode comprovar na tabela 4, em mais de um quarto dos indivíduos, a sua utilização é acompanhada por défices no conhecimento que pode comprometer a sua eficácia, nomeadamente, no que diz respeito à substituição de agulhas e à alternância dos locais de administração.

Acrescenta-se, no entanto, que todos têm conhecimento sobre a conservação da insulina.

Tabela 4 - Gestão da insulino terapia

Variáveis		n	%
Tem conhecimento adequado sobre a insulino terapia	Sim	19	73,1
	Não	7	26,9
Tem capacidade para gerir a insulino terapia?	Sim	26	100
	Não	0	0
Tem acesso aos recursos necessários para gerir a insulino terapia?	Sim	25	96,2
	Não	1	3,8
Quer gerir a insulino terapia?	Sim	25	96,2
	Não	1	3,8

A capacidade para assegurar a autoadministração de insulina é de 100%, verificando-se que, apenas, numa das situações, isso não acontece por opção, sendo esta realizada por um filho.

Ao nível dos recursos 96,2% refere ter acesso ao que necessita para a gestão da insulino terapia; a única situação divergente deve-se à ausência de eletricidade no domicílio que impede o armazenamento correto da insulina.

Avaliando a volição face à gestão da insulino terapia, a grande maioria apresenta-se motivada e capacitada (96,2%), apenas um indivíduo, o mesmo que delega a administração a terceiros, não demonstra interesse na gestão da mesma.

3.4. Alimentação

A gestão do regime alimentar é uma área de intervenção de enfermagem para a qual os utentes demonstram ter acesso a conhecimento; apenas 2 dos indivíduos da amostra não são independentes a gerir a sua alimentação por falta de capacidade; nesses casos, a gestão é assegurada pela cuidadora ou pelo cônjuge (tabela 5).

De igual modo, quem gere refere que tem os recursos necessários para o fazer, enquanto quem não o faz, uma vez que as suas refeições são preparadas por terceiros, refere que não tem possibilidade de escolha – um dos indivíduos trabalha na restauração e, por isso, alimenta-se fora de horas e do que houver disponível no restaurante; o outro recebe os alimentos através do apoio da segurança social dado que não tem eletricidade no domicílio.

Tabela 5 - Gestão do regime alimentar

Variáveis		n	%
Tem conhecimento sobre a alimentação na DM?	Sim	34	100
	Não	0	0
Tem capacidade para gerir a sua alimentação?	Sim	32	94,1
	Não	2	5,9
Se não, quem gere?	Cuidador/a	1	50
	Conjuge	1	50
Tem acesso aos recursos necessários para gerir a alimentação?	Sim	32	94,1
	Não	2	5,9
Tem vontade de gerir a alimentação?	Sim	25	73,5
	Não	9	26,5
Cozinha as suas refeições	Sim	23	67,6
	Não	11	32,4
Se não, quem cozinha?	Conjuge	7	63,6
	Cuidador/a	1	9,1
	Restaurante	3	27,3
Faz as suas compras	Sim	23	67,6
	Não	11	32,4
Se não, quem faz?	Conjuge	6	54,5
	Filhos	1	9,1
	Irmãos	1	9,1
	Netos	1	9,1
	Vizinhos	1	9,1
	Segurança Social	1	9,1

A resistência à mudança de comportamento face à alimentação é um problema mundial muito evidenciado na população de doentes diabéticos; nesta amostra, apesar de emergir com problemática (26,5% não quer gerir a sua alimentação e realizar a mudança de estilo de vida), aparentemente, afeta apenas um quarto dos indivíduos. É de realçar, no entanto, que esta não adesão a uma alimentação saudável não está associada a défice de conhecimento, mas sim a volição comprometida. A maioria realiza autonomamente as suas compras; apenas 32,4% não o faz, e delega essa atividade, maioritariamente, nos cônjuges. No entanto, tanto os utentes como os seus cuidadores têm conhecimento dos alimentos mais adequados a serem consumidos por diabéticos. Novamente surge a problemática da volição para a mudança comportamental e não a literacia em saúde.

Em relação à confeção das refeições, 67,6% são realizadas pelos próprios. Quem não cozinha, tem as suas refeições confecionadas pelo cônjuge ou realiza-as em restaurantes (gráfico 3). Embora alguns estabelecimentos de restauração forneçam pratos mais adequados a diabéticos, a maioria frequentada por estes indivíduos não o faz, o que contribui para que a alimentação seja desadequada. No entanto, mais uma vez, todos têm conhecimento que esse tipo de alimentação não lhes é benéfico, mas optam por manter os seus hábitos.

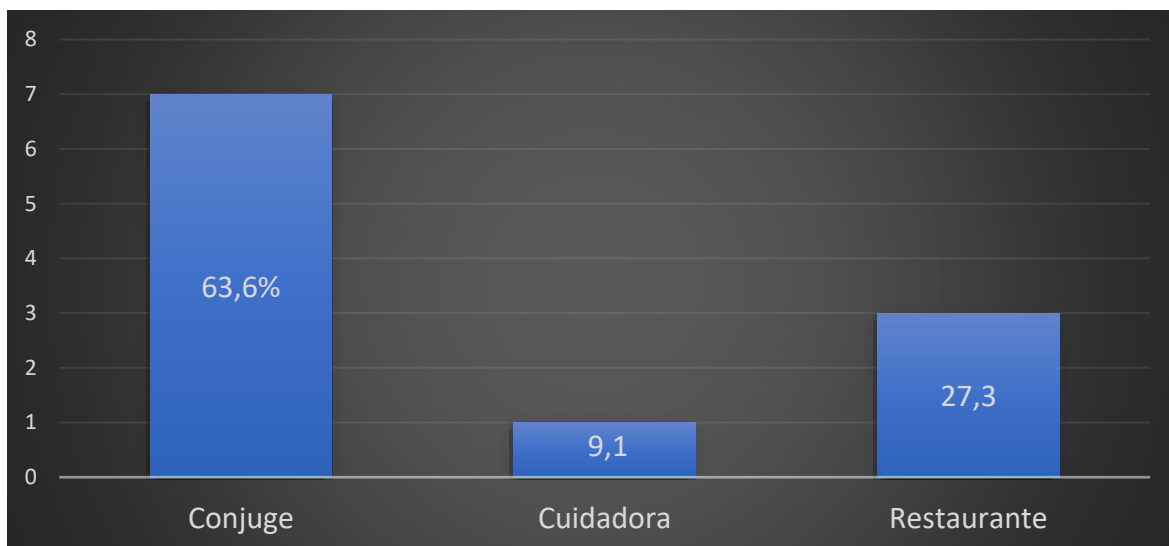


Gráfico 3 - Quem cozinha as refeições

3.5. Exercício Físico

Todos os indivíduos demonstraram ter conhecimento adequado sobre exercício físico, que se conjuga, na maioria das vezes (82,4%), com a existência de recursos para a realização do mesmo (tabela 6), seja em parques municipais, para caminhadas na área de residência, estruturas municipais, como piscinas e ginásios ou bicicletas, alguns, inclusive, com a possibilidade de realizar exercício no domicílio.

Tabela 6 - Gestão do regime de exercício físico

Variáveis		n	%
Tem conhecimento sobre exercício físico na DM?	Sim	34	100
	Não	0	0
Tem capacidade para realizar exercício físico?	Sim	23	67,6
	Não	11	32,4
Tem acesso a recursos para realizar exercício físico?	Sim	28	82,4
	Não	6	17,6
Quer realizar exercício físico?	Sim	15	44,1
	Não	19	55,9

Em termos de capacidade para a realização de exercício físico, constata-se que 67,6% ainda é capaz de corresponder; no entanto, mais de metade (55,9%) não demonstra qualquer interesse ou intenção de se envolver, mesmo tendo os recursos disponíveis e a capacidade física necessária. Neste bloco de questões, surgiu referência frequente ao isolamento social sentido pelos utentes. A pandemia da Covid19 limitou o convívio e as idas ao exterior à maioria, que acabaram por

entrar nessa nova rotina e deixaram de sair. Uns sentem-se isolados e sem companhia para se sentirem seguros mesmo numa caminhada, outros sentem vergonha do seu corpo e não se querem expor.

3.6 Cuidados aos pés

Os cuidados a ter com os pés é um ponto importante a valorizar no autocuidado de uma pessoa diabética. Na tabela 7 é possível consultar os principais resultados que descrevem esse comportamento.

Tabela 7 - Gestão do autocuidado - pé diabético

Variáveis		n	%
Tem conhecimento sobre os cuidados aos pés na DM?	Sim	34	100
	Não	0	0
Tem capacidade para realizar os cuidados aos pés?	Sim	15	44,1
	Não	19	55,9
Quem realiza os cuidados aos pés?	Cabeleireira/esteticista	11	50
	Filhos	4	18,2
	Conjuge	3	13,6
	Podólogo	1	4,5
	Cuidador/a	2	9,1
	Enfermagem do projeto	1	4,5
Tem os recursos necessários para realizar os cuidados aos pés?	Sim	33	97,1
	Não	1	2,9
Quer cuidar/vigiar os seus pés?	Sim	27	79,4
	Não	7	20,6

No que diz respeito ao domínio do conhecimento, ele está presente em todos os indivíduos/ cuidadores, que referem saber que cuidados devem ter com os pés. No entanto, mais de metade (55,9%) não tem capacidade para realizar esses cuidados de forma independente, por difícil mobilidade, acuidade visual diminuída ou, simplesmente, por receio de se magoarem. A maioria delega esse cuidado a terceiros, sendo maioritariamente prestados por cabeleireiras ou esteticistas (50%) – gráfico 4.

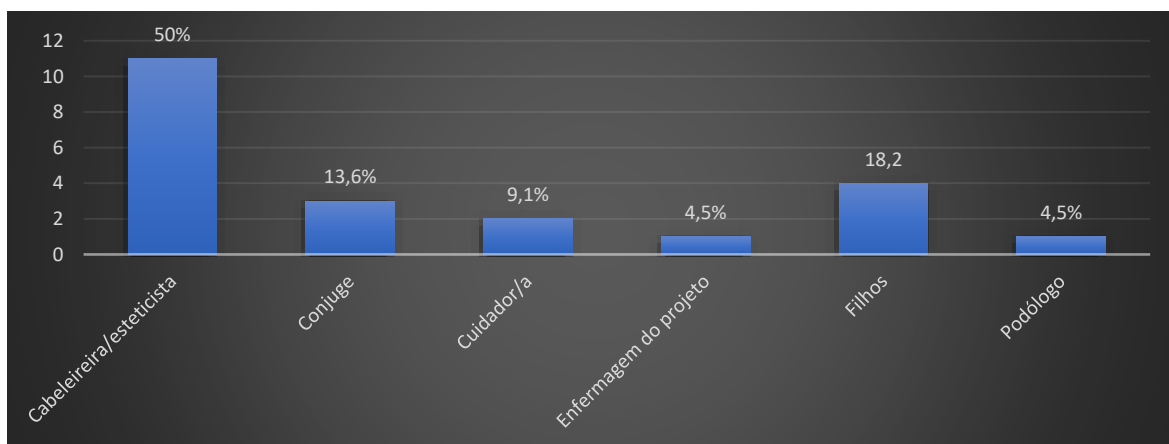


Gráfico 4 - Quem cuida dos seus pés

Denota-se que alguns querem cuidar dos seus pés, mas têm receio de falhar, enquanto 20,6% não o quer fazer de todo. Alguns, apesar de manifestarem vontade de realizar a vigilância dos seus pés, não demonstram ter capacidade para o fazer.

Quase todos tem os recursos necessários para prestar cuidados aos pés, como espelho, no entanto, é de salientar que uma grande parte dos utentes não se sente seguro nesta responsabilidade.

3.7 Comportamento de procura de saúde

Tendo em conta a importância do autocuidado na gestão da diabetes, assegurar a manutenção de um comportamento responsável de procura de saúde e contato com o sistema é fundamental, não só para o apoio à autogestão e autocontrolo como, neste caso, para que os indivíduos possam ter alta do projeto. Na tabela 8 é possível visualizar os principais resultados obtidos neste domínio.

Tabela 8 - Caracterização dos comportamentos de procura de saúde

Variáveis		n	%
Vai a todas as consultas agendadas	Sim	27	79,4
	Não	7	20,6
Se não, porquê?	Custo da deslocação	0	0
	Mobilidade difícil	2	20
	Sem transporte	1	10
	Muitas consultas	2	20
	Tempo despendido	0	0
	Sem acompanhante	1	10
	Esquecimento	4	40
	Incompatibilidade com a equipa	0	0
Quando necessita de algo relacionado com a sua diabetes, a quem recorre primeiro?	Médico de família	3	8,8
	Enfermeiro de família	2	5,9
	Enfermagem do projeto	27	79,4
	Farmácia	2	5,9
Consegue contactar a enfermeira do Projeto com facilidade?	Sim	34	100
	Não	0	0
Consegue contactar a restante equipa de saúde com facilidade?	Sim	13	38,2
	Não	21	61,8
Sente que a gestão da sua Diabetes está melhor, pior, ou igual desde que entrou para o Projeto?	Melhor	33	97,1
	Pior	0	0
	Igual	1	2,9

Nos comportamentos de procura de saúde, 20,6% refere não ir a todas as consultas que lhes são agendadas, sendo que 40% falha às consultas por esquecimento, 20% por serem demasiadas, 20% por ter dificuldade em deslocar-se e 10% por não ter acompanhante ou transporte (gráfico 5).

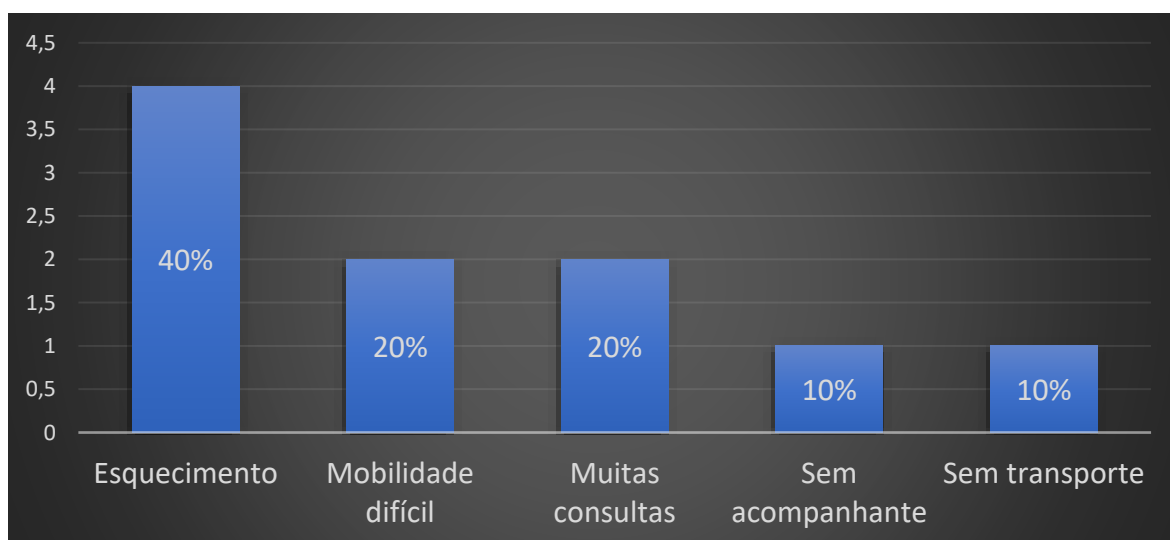


Gráfico 5 - Razões para faltar às consultas

Em caso de necessidade, os utentes tendem a recorrer primeiro à enfermagem do Projeto (79,4%), seguido do médico de família, do enfermeiro de família e do farmacêutico, resultados que não deixam dúvidas quanto à necessidade de

existirem mais cuidado de proximidade, principalmente para indivíduos/ famílias com baixos recursos e regimes terapêuticos complexos (gráfico 6).

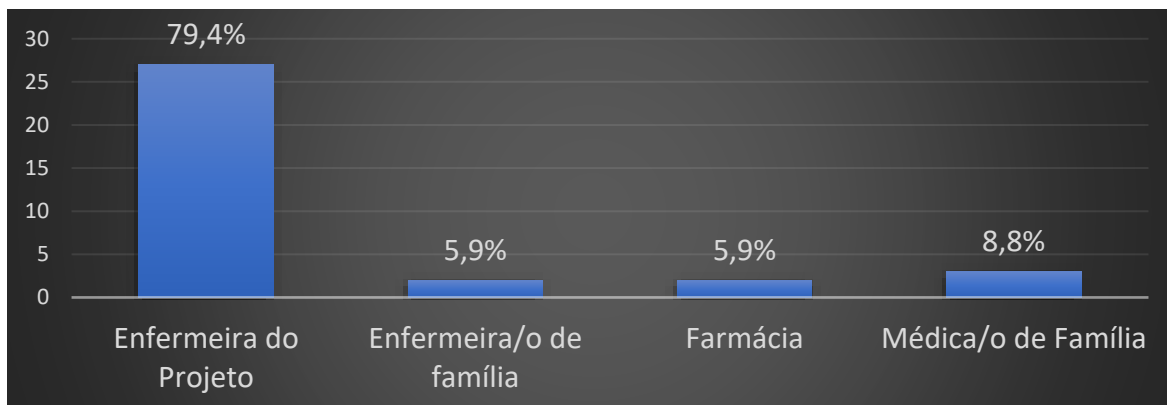


Gráfico 6 - Elemento de referência na equipa de saúde

O contato com os enfermeiros de proximidade parece ser, assim, uma forma privilegiada de aceder ao serviço de saúde, evidenciada pelas respostas quando se compara a facilidade de acesso a estes enfermeiros (100% consegue contactar a enfermagem do projeto) com o acesso à restante equipa de saúde (apenas 38,2% tem acesso facilitado à restante equipa de saúde).

Quase todos sentem que a gestão da sua doença e qualidade da saúde em geral melhorou desde a entrada no Projeto de Enfermagem; apenas um referiu não sentir, ainda, qualquer alteração, uma vez que é o indivíduo que está há menos tempo no projeto e a quem ainda quase não foi realizada qualquer intervenção.

3.8 Síntese final dos resultados

De acordo com os dados obtidos, conclui-se que não existe défice de conhecimentos significativo que justifique uma presença longa no projeto, logo as intervenções potencialmente geradoras de ganhos em saúde não poderão ser dirigidas a esse domínio.

O fenómeno mais evidenciado parece, assim, ser a falta de volição. O conhecimento está presente, a maioria tem a capacidade, mas não tem a força de vontade para iniciar ou manter uma mudança do estilo de vida. A variação de tempo no projeto em relação à média justifica-se pela falta de outro tipo de suporte para

alguns utentes que, por ausência de capacidade para o autocuidado, necessitam de substituição do mesmo, mas não tem acesso a outros recursos, como monetários, familiares, etc., ou a educação para a saúde desses utentes não surte o efeito desejado. Acabam por ficar no projeto por longos períodos por falta de outro tipo de respostas sociais e de saúde. Alguns utentes têm neste projeto a única forma de suprir algumas das suas necessidades, como a gestão do regime medicamentoso, acabando por ficar inseridos mais tempo do que seria necessário. Conclui-se, então, que o projeto, delineado como um projeto de capacitação, acaba por funcionar, para muitos indivíduos, como a única solução para serem substituídos no autocuidado.

Trabalhar a volição com estes utentes é um processo que implica uma boa relação terapêutica e que requer ainda mais tempo em horas de enfermagem despendidas, tempo esse que está limitado pelo número de elementos envolvidos no projeto, mas também pelas horas de enfermagem do projeto utilizadas em substituição do autocuidado em alguns indivíduos.

Denota-se, também, que pela dificuldade que os utentes sentem em contactar com o seu médico e enfermeiro de família, os enfermeiros do projeto acabam por estabelecer a ponte entre estes e os CSP.

Para além disso, segundo referem, as consultas agendadas, além de muitas, são constantemente alteradas, havendo situações em que a informação se perde, fato que os leva, por vezes, a deslocarem-se às unidades de saúde, sem saberem do adiamento das consultas; é um fator que tem vindo a agravar-se desde o começo da pandemia de Covid19.

Simultaneamente, a distância do domicílio às Unidades de Saúde Familiares (USF) ou ao Hospital, aliado à dificuldade de transporte, com fraca rede de transportes públicos em algumas zonas, dificulta muito o acesso dos utentes aos cuidados de saúde e leva-os a faltar a algumas consultas.

Em relação aos recursos, muitos sentem que não têm recursos financeiros suficientes para obter a sua medicação ou os sensores para a avaliação de glicemia. Embora alguns sintam o sensor como uma mais-valia, muitos referem que o custo dos mesmos é demasiado elevado, o que nos faz questionar sobre a utilidade desta prescrição global, sobretudo para os indivíduos que não são

capazes de modificar os seus comportamentos em função da leitura dos parâmetros registados nos aparelhos de medição, uma vez que são, na realidade, dispositivos de automonitorização.

Os resultados obtidos são demonstrativos da facilidade com que estes utentes conseguem contactar a enfermagem do Projeto, pois têm um contacto telefónico direto, contrariamente ao que se passa com a restante população no geral. Torna-se evidente que há dificuldade real em estabelecer contato telefónico com as USF, fazendo com que os indivíduos tenham que se deslocar fisicamente às unidades sempre que necessitam de alguma coisa, estando essa tarefa dificultada por fatores como a existência de défices ao nível da mobilidade, falta de confiança para deambular sem companhia, ausência de transportes regulares, etc. Quem tem familiares próximos, de gerações mais novas, sente menos dificuldade no contato com a equipa de saúde, pois os familiares contactam por email com as unidades e médicos de família. No entanto, a grande maioria dos utentes não sabe utilizar as novas tecnologias e sentem dificuldade neste campo.

Outra tendência que foi claramente visível durante este estudo é que os utentes demonstram sentir-se sós e isolados. O isolamento dos idosos sempre foi uma problemática presente na nossa sociedade, mas a pandemia da Covid19 veio acentuar as distâncias, fechar os idosos sozinhos nas suas casas, encerrar atividades em que participavam e, após as restrições serem levantadas, alguns sentem que já não vale a pena sair, ir ter com o grupo de amigos, ir caminhar com a vizinha, etc...

Nota-se que sentem uma proximidade muito grande com a enfermagem do projeto, existindo uma boa relação terapêutica. No entanto, também é notório que as horas de enfermagem disponíveis, caso fossem superiores, permitiriam alcançar ganhos em saúde com facilidade, precisamente por esta relação terapêutica tão bem estabelecida.

4. Intervenção comunitária

4.1 Necessidades identificadas

Dos dados recolhidos foram identificadas as seguintes necessidades em saúde:

- P1 – Aspetos relacionados com volição
- P2 – Aspetos relacionados com capacidade
- P3 – Aspetos relacionados com recursos
- P4 – Aspetos relacionados conhecimento
- P5 – Aspetos relacionados com isolamento social
- P6 – Aspetos relacionados com acesso aos CSP

4.2 Definição de Prioridades

Visto a equipa envolvida ser de pequena dimensão, foi possível realizar uma priorização tendo em conta a opinião profissional dos elementos da equipa de saúde e outra, tendo por base o que os indivíduos/cuidadores foram referenciando ao longo das entrevistas. Para o fazer utilizaram-se critérios de priorização referenciados na literatura científica por vários autores, como Tavares (1990), Pineault & Daveluy (1987), Imperatori & Giraldes (1992) e Melo (2020), como a Magnitude, a Vulnerabilidade, a Exequibilidade e a Aceitabilidade, tornando, assim, a priorização a mais adequada possível ao projeto.

A **Magnitude** refere-se à dimensão e abrangência da necessidade ou problema, ou seja, a quantas pessoas afeta. O critério avalia-se com ponderação 1 para menos

de 25% da população, 2 para 25% a 50% da população e 3 para mais de 50% da população afetada.

A **Vulnerabilidade** refere-se à possibilidade que essa necessidade/problema tem de ser intervencionada. O critério avalia-se entre 0 (não vulnerável à ação de enfermagem) e 1 (vulnerável à ação de enfermagem)

A **Exequibilidade** enquadra os recursos necessários para a intervenção como os recursos humanos, financeiros, o tempo de intervenção. O critério avalia-se entre 0 (não exequível) e 1 (exequível).

A **Aceitabilidade** refere-se à aceitação por parte dos envolvidos de serem alvo de intervenção face a uma potencial necessidade/problema. A ponderação é de 1, 2 ou 3 conforme, respetivamente, a aceitabilidade é baixa, neutra ou alta.

Para eliminar a subjetividade, a priorização foi feita recorrendo aos seguintes elementos:

- Enfermeira estagiária responsável pela investigação
- Enfermeira gestora de casos
- Enfermeira responsável da UCC

Foram, então, atribuídos fatores de ponderação aos quatro critérios em análise, como se demonstra no quadro seguinte:

Critérios			Ponderação
A	Vulnerabilidade	Intervencionável	1
		Não intervencionável	0
B	Magnitude	≥ 50% da população	3
		≥ 25% e < 50% da população	2
		< 25% da população	1
C	Exequibilidade	Exequível	1
		Não exequível	0
D	Aceitabilidade	Alta	3
		Neutra	2
		Baixa	1

Quadro 2 - Critérios de priorização

A ponderação final foi realizada da forma $A \times (B + D) \times C$, ou seja, qualquer necessidade/problema cuja vulnerabilidade ou exequibilidade seja igual a zero, não é passível de ser intervencionada. No quadro 4 apresentam-se os resultados da priorização realizada pelos profissionais de saúde.

Ordem	Necessidade	Ponderação
1	P1 – Aspetos relacionados com volição	17
2	P2 – Aspetos relacionados com capacidade	16
3	P4 – Aspetos relacionados com conhecimento	7
4	P6 – Aspetos relacionados com acesso aos CSP	4
5	P3 – Aspetos relacionados com recursos	0
6	P5 – Aspetos relacionados com isolamento social	0

Quadro 3 - Estabelecimento de prioridades após ponderação por profissionais

No quadro 5, encontram-se as mesmas necessidades, mas priorizadas tendo em conta a informação recolhida junto dos utentes.

Ordem	Necessidade	Ponderação
1	P1 – Aspetos relacionados com volição	6
2	P6 – Aspetos relacionados com acesso aos CSP	5
3	P4 – Aspetos relacionados com capacidade	4
4	P3 – Aspetos relacionados com recursos	4
5	P2 – Aspetos relacionados com conhecimento	3
6	P5 – Aspetos relacionados com isolamento social	3

Quadro 4 - Estabelecimento de prioridades após ponderação pelos utentes

Após a priorização, decidiu-se incidir no P1 - aspetos relacionados com a volição, por ser, não só, a necessidade mais sentida pelos utentes, como aquela que a equipa de saúde identifica como mais prioritária e passível de intervenção.

4.3 Projeto de intervenção comunitária

4.3.1 Objetivos gerais e específicos

Objetivo geral

- Aumentar a adesão ao regime terapêutico;

Objetivos específicos

- Melhorar a atitude face ao regime de exercício dificultadora;
- Melhorar a atitude face ao regime dietético dificultadora;
- Aumentar o comportamento de procura de saúde;

Sintetizando, os dados mostram-nos que o conhecimento necessário está presente, que a maioria tem capacidade para assumir o autocuidado e o autocontrolo, mas falta-lhes desenvolver uma atitude positiva que os direcione para mudanças de comportamento efetivas, que se configurem numa adequada gestão do regime terapêutico. De acordo com a árvore de decisão diagnóstica, os diagnósticos de enfermagem que surgem como prioritários são:

- Atitude face ao regime dietético dificultadora
- Atitude face ao regime de exercício dificultadora

Como tal, surge o desafio de procurar oportunidades de intervenção para trabalhar a volição com estes indivíduos, tendo a noção que, para tal, serão necessárias mais horas de cuidados de enfermagem. Sendo a mudança de comportamentos algo que requer um acompanhamento de proximidade e muitas horas de intervenção de enfermagem, a presença de uma equipa maior, que possa disponibilizar mais tempo, é visto como uma mais-valia para o projeto, para os utentes e para a unidade funcional, devido aos possíveis e esperados ganhos em saúde projetados.

Intervir na volição implica escutar, incentivar, motivar e validar as escolhas saudáveis. Através da relação terapêutica criada com as pessoas, a enfermagem consegue encetar uma negociação com vista à persecução de projetos de vida saudáveis que englobem a gestão efetiva do regime, principalmente quando falamos em pessoas que têm de gerir até ao fim, um conjunto de doenças crónicas.

4.3.2 Estratégias a curto prazo

A curto prazo definem-se estratégias a serem implementadas no espaço temporal do estágio:

- Divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde à equipa do projeto;
- Divulgação da árvore de decisão diagnóstica;
- Sugestão de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na área da mudança de estilo de vida e adesão ao regime terapêutico;
- Sugestão de intervenções para apoio às mudanças de estilo de vida.

4.3.3 Estratégias a médio e longo prazo

Estratégias a serem implementadas para além do espaço temporal do estágio:

- Elaboração/revisão de procedimentos de atuação para apoio às mudanças de estilo de vida;
- Implementação da árvore de decisão diagnóstica para avaliação e prescrição de cuidados;
- Contabilizar as horas de enfermagem utilizadas para trabalhar a volição e mudança de comportamentos dos utentes;
- Avaliação do impacto da implementação da árvore de decisão diagnóstica e partilha dos resultados com a direção;
- Avaliação do impacto da implementação do procedimento de atuação no apoio às mudanças de estilo de vida e partilha dos resultados com a direção;
- Analisar os ganhos efetivos em saúde obtidos.

4.3.4 Avaliação da Intervenção

Não foi possível realizar a intervenção comunitária em toda a sua extensão durante o tempo de estágio. O contexto pandémico exigiu uma enorme flexibilidade e disponibilidade da equipa para assegurar o trabalho da UCC, a vacinação contra a

Covid19 e a gestão de surtos de Covid19 em Estruturas Residenciais Para Idosos e Instituições de Proteção da Segurança Social de crianças e jovens.

A recolha de dados para o diagnóstico de situação, foi também muito prolongada face a todos estes contratempos, contudo não poderia ter sido realizada de outra forma, pois a recolha presencial permitiu à aluna criar uma maior relação de empatia com os utentes e obter dados reais, com respostas sinceras e sem receios por parte dos mesmos.

A aplicação da árvore de decisão diagnóstica permitiu desbravar um caminho, deixando espaço para melhoria e para uma continuidade do trabalho iniciado, através da utilização da mesma na abordagem de novos integrantes no projeto, que permitirá uma intervenção de enfermagem direcionada e mais eficaz. Um outro aspeto que se sugere como melhoria, prende-se com os indicadores associados a este projeto, que acabam por ser redutores do trabalho de enfermagem realizado, estando muito aliados à atividade assistencial, e não a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Sugere-se a implementação da análise dos seguintes indicadores:

Indicadores de Estrutura

- Existência de árvore de decisão diagnóstica face às necessidades dos utentes;
- Existência de horas de enfermagem associadas ao projeto;
- Existência de transporte para visitas domiciliárias;
- Existência de gabinete para consultas na UCC.

Indicadores de Processo

- Efetividade das visitas

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de visitas realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de visitas planeadas}} \quad \times 100$$

- Efetividade por utente

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de visitas realizadas por utente}}{\text{n}^\circ \text{ de visitas planeadas por utente}} \times 100$$

- Percentagem de utentes avaliados com recurso à árvore de decisão diagnóstica

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes avaliados com a árvore de decisão diagnóstica}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes avaliados}} \times 100$$

- Taxa de utentes que receberam formação dos enfermeiros

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes que receberam formação}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes no projeto}} \times 100$$

- Taxa de utentes com intervenção na volição para a alimentação

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes com atitude face ao regime dietético dificultadora que receberam intervenção de enfermagem}}{\text{n}^\circ \text{ total de utentes com atitude face ao regime dietético dificultadora}} \times 100$$

- Taxa de utentes com intervenção na volição para o exercício físico

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes com atitude face ao regime de exercício dificultadora que receberam intervenção de enfermagem}}{\text{n}^\circ \text{ total de utentes com atitude face ao regime de exercício dificultadora}} \times 100$$

Indicadores de Resultado

- Capacidade demonstrada para gerir o regime terapêutico

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes com capacidade para gerir o regime terapêutico após 6 meses de intervenção de enfermagem}}{\text{n}^\circ \text{ de } \text{n}^\circ \text{ de utentes com capacidade para a gestão comprometida alvo da intervenção de enfermagem}} \times 100$$

- Taxa de adesão ao regime terapêutico

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes em não adesão que passaram a adesão}}{\text{n}^\circ \text{ total de utentes em não adesão}} \times 100$$

- Taxa de utentes que mantêm a atitude face ao regime dietético positiva

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes que mantêm mudança de comportamento na alimentação após 6 meses}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes que adquiriram o resultado de atitude face ao regime dietético positiva}} \times 100$$

- Taxa de utentes que mantêm a atitude face ao regime de exercício positiva

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes que mantêm mudança de comportamento no exercício físico após 6 meses}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes que adquiriram o resultado de atitude face ao regime de exercício positiva}} \times 100$$

5. Competências desenvolvidas

Este capítulo visa a realização de uma análise crítico-reflexiva sobre as competências baseadas no regulamento de competências comuns dos enfermeiros especialistas OE (2019), das competências específicas do EEESCSP segundo a OE (2018), bem como nas competências de mestrado, desenvolvidas ao longo deste estágio, baseados nas competências académicas do Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, que se descrevem de forma aprofundada nos quadros seguintes, tendo sempre em consideração os padrões de qualidade da satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e o planeamento em saúde e vigilância epidemiológica (OE, 2011).

Quadro 5 - Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada

Todo o percurso realizado teve como sustentação os conhecimentos adquiridos desde a formação de base, e permitiu a consolidação do que foi adquirido na formação pós-graduada. A experiência profissional prestou um papel importante na capacidade de análise crítico-reflexiva da atuação do EEESCSP, capacidade essa que se torna mais fluída com cada nova experiência vivenciada. A experiência profissional nos CSD fornece uma visão muito diferente quando confronta com os CSP, exigindo da estudante uma capacidade de adaptação e aprofundamento de conhecimentos elevado.

Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara

Os resultados deste estágio foram apresentados à equipa da UCC como formação em serviço (Apêndice III), e partilhados com a equipa do projeto em formato de newsletter para que os mesmos pudessem alcançar os elementos do projeto de enfermagem das restantes UCC do ACES.

Considera-se ter existido uma partilha de informação pertinente, de forma sucinta, sempre baseada na evidência científica atual.

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização

Os resultados obtidos na elaboração do diagnóstico de saúde demonstraram informação da qual a enfermagem tem um conhecimento quase intuitivo, mas do qual não existem dados reais. A problemática da não existência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem é transversal a toda a enfermagem, mas clara nos CSP. A enfermagem trabalha diariamente para promover ganhos em saúde na população na qual intervém, mas, sem a criação de indicadores que reflitam os ganhos das intervenções realizadas, não é possível medir a eficiência e eficácia do trabalho que é desenvolvido. Esta é a questão mais complexa com que houve contacto, mesmo sendo largamente conhecida.

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada

O método de Planeamento em saúde foi o fio guia durante este estágio, sempre alicerçado em conhecimento científico e constante atualização de saberes. A partilha e discussão de situações que surgiram com o professor orientador e com a enfermeira tutora permitiram uma análise e reflexão da prática aprofundadas.

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização

Sendo a experiência profissional da aluna tão distinta da especialização que a cativou e à qual se propôs, a aquisição de conhecimentos na área mostrou-se como uma caminhada constante, longa, aprofundada, mas muito proveitosa. Foi

necessário um investimento na pesquisa bibliográfica e em evidência científica e uma mudança do paradigma no qual sempre se trabalhou.

A partilha de conhecimento com enfermeiros da área de especialização, a elaboração do formulário, da árvore de decisão diagnóstica e a elaboração deste mesmo relatório, demonstram esse percurso e a aquisição do conhecimento aprofundado na área.

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização

A consciência crítico reflexiva foi sendo demonstrada ao longo deste relatório, na forma como se procedeu à análise das problemáticas encontradas, principalmente na ausência de horas de enfermagem para o desenvolvimento de intervenção nas necessidades prioritizadas e na ausência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem realizados, duas problemáticas que se tornam num círculo vicioso.

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização

No contexto pandémico atual, existiu a necessidade de uma flexibilidade e constante adaptação às situações conforme as mesmas surgiam: o tempo limitado, a equipa da UCC sobrecarregada, a gestão difícil entre vacinação covid, surtos covid e todo o trabalho que já existia e se mantém, no entanto, existiu uma adaptação e foi possível retirar deste estágio o que de melhor tinha para oferecer. Na fase de recolha de dados também existiu a necessidade de reagir a imprevistos. O agendamento das visitas domiciliares ou presenciais na UCC foi recusado por uma parte dos utentes, quer pelo contexto pandémico que traz desconfiança em deixarem alguém entrar nas suas casas, quer pela forma que o contacto inicial era feito. O recurso a chamada anónima dificultou o contacto, pelo que todas as chamadas acabaram por ser feitas com recurso a telefone fixo da UCC.

Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas

Todo o percurso neste estágio foi baseado na evidência científica e em todos os requisitos éticos e legais. Desta forma, todas as decisões tomadas ao longo do

estágio tiveram como princípio o respeito pela comunidade e o cumprimento de todas as formalidades necessárias para o seu desenvolvimento.

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências

A investigação realizada, assente na metodologia do Planeamento em Saúde, permitiu um decorrer fluido com incorporação dos resultados obtidos na solidificação da árvore de decisão diagnóstica elaborada e no projeto de intervenção desenvolvido.

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência

A investigação em enfermagem é o caminho para alcançar uma enfermagem em constante atualização e desenvolvimento segundo a evidência científica. A importância da enfermagem comunitária e de saúde pública na obtenção de ganhos em saúde na população só pode ser evidenciado através de produção científica. O trabalho desenvolvido ao longo deste estágio é mais uma gota que se junta ao mar de investigação na área de especialização, num caminho ainda novo da enfermagem na produção de ganhos em saúde.

Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização

O trabalho desenvolvido e partilhado com a equipa da UCC, serve ainda como base para que a investigação continue podendo ser desenvolvidas intervenções para as restantes necessidades encontradas e diagnósticos de enfermagem elaborados com o uso da árvore de decisão.

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

O contacto inicial com a maioria dos utentes foi realizado telefonicamente, pelo que foi necessário aplicar os conhecimentos adquiridos para a implementação de uma relação terapêutica satisfatória, que permitisse uma correta aplicação do formulário aquando da visita domiciliar ou do agendamento na UCC. Esta competência foi desenvolvida, traduzindo-se em longas conversas com os utentes e numa relação de confiança com a estudante.

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

A estudante integrou a equipa de forma cordial, mantendo uma postura adequada e criando relação empática com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar. O trabalho desenvolvido na elaboração do diagnóstico de saúde, na definição de prioridades e na delimitação do projeto de intervenção contou com a colaboração e com essa mesma relação criada com a equipa e toda a experiência que a mesma acrescentou à vivência da aluna.

Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização

Nesta competência, enquadra-se o formulário de recolha de dados e a árvore de decisão diagnóstica, podendo estes ser usados pela equipa do projeto de enfermagem, trazendo o conhecimento do EEESCSP no desenvolvimento em curso.

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros

Um estágio de mestrado em enfermagem traz à equipa onde o mesmo se realiza um caminho iniciado, mas ainda por desbravar. A elaboração de um trabalho na duração do estágio é limitada, ficando sempre a porta aberta para que a equipa possa dar continuidade aos projetos de intervenção, promovendo a seu desenvolvimento.

Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade

No contexto pandémico não foi possível identificar outras necessidades além das encontradas no diagnóstico de saúde realizado. Foi realizada formação em serviço sobre os resultados obtidos e as possibilidades de intervenção.

Promover formação em serviço na área da especialização

Foi realizada formação em serviço sobre os resultados obtidos no diagnóstico de saúde e as possibilidades de intervenção por parte da equipa. Sendo a equipa composta por enfermeiros de várias áreas de especialização, a apresentação de um estudo com base na metodologia de Planeamento em Saúde levanta um pouco o véu sobre o trabalho desenvolvido pelos EEESCSP aos restantes colegas.

<i>Colaborar no processo de integração de novos profissionais</i>
Não existiu possibilidade de desenvolver esta competência.
<i>Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica</i>
Esta competência é alcançada através dos momentos de partilha com a enfermeira orientadora, o orientador, a enfermeira gestora de casos e a restante equipa da UCC. Apenas discutindo e analisando os pontos de vista de outros, podemos enquadrar os problemas relacionados com a formação em enfermagem, de forma a conseguirmos discutir o Ser Enfermeiro e encontrar um caminho de constante evolução e desenvolvimento.
<i>Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização</i>
O desenvolvimento realizado de uma intervenção comunitária integrada em programas e projetos, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde é a base da formação do EEESCSP, pelo que foi uma competência amplamente alcançada.
<i>Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional</i>
A formação pós-graduada, culminando no estágio final, foi um processo constante de desenvolvimento pessoal e profissional. Embora o caminho tenha sido realizado com o apoio do orientador e da tutora, a estudante realizou-o de forma muito autónoma. O desenvolvimento será sempre contínuo ao longo do caminho a percorrer, através de uma constante atualização do estado da arte.
<i>Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização</i>
Esta competência foi desenvolvida através da partilha do trabalho realizado com base na metodologia do planeamento em saúde com a enfermagem gestora de casos do projeto de enfermagem, não sendo, estes, EEESCSP, e a orientação e supervisão na utilização do formulário e da árvore de decisão diagnóstica.
<i>Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização</i>
Um enfermeiro especialista deve sempre zelar por cuidados de enfermagem dentro dos padrões de qualidade da OE, advogando pela população no alcance de ganhos em saúde. O EEESCSP, através do seu próprio desenvolvimento profissional, caminha, portanto, em direção a mais e melhores cuidados de

enfermagem. O trabalho desenvolvido, as necessidades identificadas e as intervenções planeadas durante o estágio, regem-se por esta competência.

De seguida abordo as competências do EEESCSP, segundo a OE (2018).

Quadro 6 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Competências do Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O planeamento em saúde foi a base para a elaboração de todo o trabalho durante o estágio. Vindo dos CSD, o conhecimento sobre planeamento em saúde era limitado, tendo sido alargado durante a formação pós-graduada, trazendo o estágio um entendimento prático do mesmo e a compreensão da sua aplicabilidade a todo o universo da Enfermagem, bem como da importância de uma intervenção estruturada e assente nesta metodologia.

A construção de um formulário, de um diagnóstico de saúde e sua consequente análise e planeamento de uma intervenção, permitiram desenvolver esta competência de forma muito interessante e desafiante, pretendendo a estudante continuar a trabalhar com base nesta metodologia no seu local de trabalho, por forma a prestar melhores cuidados à comunidade em que se insere.

Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

No desenvolver do estágio e no decorrer da elaboração do diagnóstico de situação da população inserida no projeto de enfermagem, foi possível identificar as necessidades que não se encontravam colmatadas e, a partir daí, elaborar um plano de intervenção para a sua capacitação contribuindo, desta forma, para um melhor *outcome* do próprio projeto. Foi, portanto, uma área de intervenção major da estudante.

Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

Nos CSP trabalha-se de acordo com as metas do PNS e ao longo deste estágio foi trabalhado o PNS 2021/2030, na vertente da epidemia das doenças não transmissíveis, aumentando a literacia da comunidade e promovendo ganhos em saúde, bem como o Programa Nacional de Prevenção e controlo da Diabetes.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

No estágio realizado na UCC, a cooperação na vigilância epidemiológica foi limitada. No entanto, no estágio anterior, numa USP da região norte, esta competência foi amplamente desenvolvida, com a oportunidade que uma pandemia fornece de realizar vigilância epidemiológica em grande escala a uma população. Neste estágio foi realizada a intervenção junto dos utentes com DM na UCC, doença essa também passível de uma vigilância, cada vez mais importante devido ao aumento da incidência de DM na população portuguesa.

Conclusão

Neste estágio foram seguidas as etapas do planejamento em saúde por forma a conhecer as reais necessidades da população com DM que mantinha uma gestão ineficaz do regime terapêutico. O diagnóstico de necessidades permitiu concluir que, muitas vezes, a enfermagem foca incessantemente o seu trabalho no conhecimento dos utentes, quando, na realidade, eles não têm défice do mesmo, mas sim outros problemas, como a capacidade ou a atitude face ao tratamento dificultadora.

A volição comprometida é o maior problema na gestão do regime terapêutico em doentes crónicos. A gestão da doença crónica só é possível se a pessoa doente ou o seu cuidador, integrarem essas novas necessidades nas demandas do seu autocuidado; é uma área que depende deles próprios, com apoio dos profissionais, que têm de lhes passar uma responsabilidade para a qual muitos não estão preparados para aceitar. Trabalhar a volição é um processo moroso, que implica uma boa relação terapêutica com o utente, conhecimento científico atualizado, tempo e disponibilidade e uma grande capacidade de negociação, fatores presentes nas competências dos enfermeiros e, por isso, estes fenómenos representam uma área de eleição para a atuação de enfermagem. Uma atuação de proximidade com a comunidade, em que a díade cliente-enfermeiro busca um ganho em saúde.

A existência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que demonstrem o trabalho realizado, os resultados e os subsequentes ganhos em saúde, são uma prioridade para dar visão ao que a enfermagem pode alcançar com a implementação dos cuidados de proximidade.

É interessante notar que os próprios utentes validam que a atitude face às exigências do tratamento é a maior necessidade sentida, fato verificado em ambos os processos de priorização realizados. Em segundo lugar, para os utentes, surgem

os aspetos relacionados com o acesso aos CSP. No entanto esta necessidade é pouco exequível a nível das unidades funcionais de um ACES, necessitando de medidas major a nível da administração pública, não sendo passível de ser intervencionada localmente de uma forma isolada.

Como resposta às questões colocadas no início do estágio, os utentes inseridos no projeto têm o conhecimento, recursos e capacidade para gerir o regime terapêutico, mas nem sempre têm a vontade e o compromisso de o fazer. O projeto de enfermagem tem impacto positivo na melhoria da adesão ao regime terapêutico, embora, muitas das vezes os resultados surjam devido ao processo contínuo de substituição e não através da capacidade de empoderamento face à autonomia destas pessoas; assim se explica o acompanhamento que, em alguns casos, já se prolonga por mais de 2 anos. Na realidade esses também são serviços que ainda não existem na comunidade, ou seja, serviços de substituição no autocuidado direcionados à gestão do regime terapêutico, realizados por enfermeiros competentes, para pessoas que não são capazes de assegurar esse cuidado. Entrando na discussão do sentido dos CSP, talvez estes cuidados de continuidade devessem ser colmatados pelas próprias USF em que os utentes estão inseridos, uma vez que é lá que se encontram alocados os enfermeiros de família. Assim o projeto acaba por colmatar falhas existentes na base dos CSP, falhas essas que poderiam ter solução com uma dotação adequada de enfermagem nos CSP e uma reorganização global, centrando a atuação dos enfermeiros nos cuidados domiciliários.

Foi possível, durante este estágio, desenvolver as competências esperadas como EEESCSP, concluindo que na comunidade há muita investigação em enfermagem a realizar, sendo uma área ainda com pouca visualização a nível da saúde, muitas vezes tratado como “parente pobre” quando posto em comparação com os CSD, detentores da maioria do investimento em saúde em Portugal. Um adequado investimento nos CSP é um investimento na prevenção da doença e promoção da saúde e, conseqüentemente traduzindo-se em ganhos para uma comunidade mais saudável. Os EEESCSP são uma força motriz, com capacidade para se aproximar das comunidades e das suas reais necessidades, atuando de forma a minimizar o recurso aos CSD.

Este relatório, não é apenas, representativo do final de um estágio, mas sim o culminar de um percurso há muito sonhado e desejado, feito com esforço e dedicação, com a vontade de ser mais e melhor enfermeira, e com a compreensão de que a formação pós-graduada é o caminho para o conseguir. Apesar de ter realizado este caminho num momento de história mundial complexo, que trouxe outros tantos desafios na gestão do tempo entre trabalho, família e percurso académico, sinto que alcancei os objetivos a que me propus.

A investigação em enfermagem mostrou-se como a forma de conseguir o desenvolvimento pessoal e profissional que tanto desejava e, como tal, deixou a sua marca e a vontade de continuar a produzir conhecimento ao longo do meu percurso profissional.

Referências Bibliográficas

American Diabetes Association (2018). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes. <https://doi.org/10.2337/dc18-S002>

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2019). ABC da Diabetes. <https://apdp.pt/diabetes/abc-da-diabetes/>

Direção Geral da Saúde (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2011). Norma 002/2001: Diagnóstico e classificação da Diabetes Mellitus. <https://nocs.pt/diagnostico-classificacao-diabetes-mellitus/>

Direção Geral da Saúde (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030/>

Direção Geral da Saúde (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2020). Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, Mesquita AC, Fona C, Carvalho R. & Massano-Cardoso S. (2010). First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. Diabetic Medicine, Agosto de 2010, 27(8). P. 879-81.

https://www.researchgate.net/publication/45284682_First_diabetes_prevalence_study_in_Portugal_PREVADIAB_study

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1992). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.^a Edição. Lisboa: Edições de Saúde.

Instituto Nacional de Estatística (2021). Estatísticas de saúde 2019. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2

International Council of Nurses (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Melo, P. (2020). Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Diário da República, 2.^a série, nº 135. Julho 16, 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.^a série, nº 26, fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização mundial da Saúde, (1998). Health promotion glossary. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Organização Mundial da Saúde, 2006. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia.

https://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf

Organização Mundial da Saúde, 2019. Classification of Diabetes Mellitus 2019. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1233344/retrieve>

Pineault, R. & Daveluy, C. (1987). La planificación sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. 1.ª edição. Masson, S.A. y Salud y Gestión.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015). Revista portuguesa de diabetes. Volume 10, nº 3. <https://www.spd.pt/images/stories/rpdset15.pdf>

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2019). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. https://www.spd.pt/images/uploads/20210303-154553/DF&N-2019_Final.pdf

TAVARES, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Apêndices

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

Diagnóstico das necessidades das pessoas com Diabetes Mellitus com dificuldade em gerir o regime terapêutico

Nº _____

Formulário e Árvore de Decisão Diagnóstica em Enfermagem

Dados sociodemográficos				
1	Sexo	Feminino		Masculino
2	Idade	Anos		
3	Com quem vive	Conjuge		Netos
		Filhos		Outro
		sozinho		
4	Tem cuidador	sim		não
		Se sim, quem é?		
5	Habilitações Literárias	Analfabeto/a		Sabe ler e escrever
		1º ciclo		2º/3º ciclo
		secundário		Licenciatura ou superior

Dados clínicos	
6	Há quanto tempo está inserido no Projeto
7	Guia farmacológico

8	Método de avaliação glicémica	Sensor	PGC	Nenhum
Conhecimento sobre Diabetes Mellitus				
Controlo Glicémico				
9	Demonstra conhecimento sobre avaliação de glicemia.	9.1. Interpretar Valores de glicemia	Sim	Não
		9.2. Hipoglicemia	Sim	Não
		9.3. Hiperglicemia	Sim	Não
10	Realiza a avaliação glicémica adequadamente		Sim	Não
11	Tem capacidades para a realização de pesquisa de glicemia capilar.		Sim	Não
		Se não, quem realiza?		
12	Tem os recursos necessários para a pesquisa de glicemia capilar		Sim	Não
13	Demonstra interesse na realização da pesquisa de glicemia capilar		Sim	Não
Regime Medicamentoso				
14	É o próprio que gere o regime medicamentoso		Sim	Não
15	Tem conhecimento adequado sobre o seu regime medicamentoso		Sim	Não
16	Tem capacidade para gerir o regime medicamentoso		Sim	Não
		Se não, quem gere?		
17	Tem acesso aos recursos necessários para gerir o regime medicamentoso		Sim	Não
18	Quer gerir o regime medicamentoso		Sim	Não
19	Cumprir a toma de antidiabéticos orais conforme a prescrição médica		Sim	Não



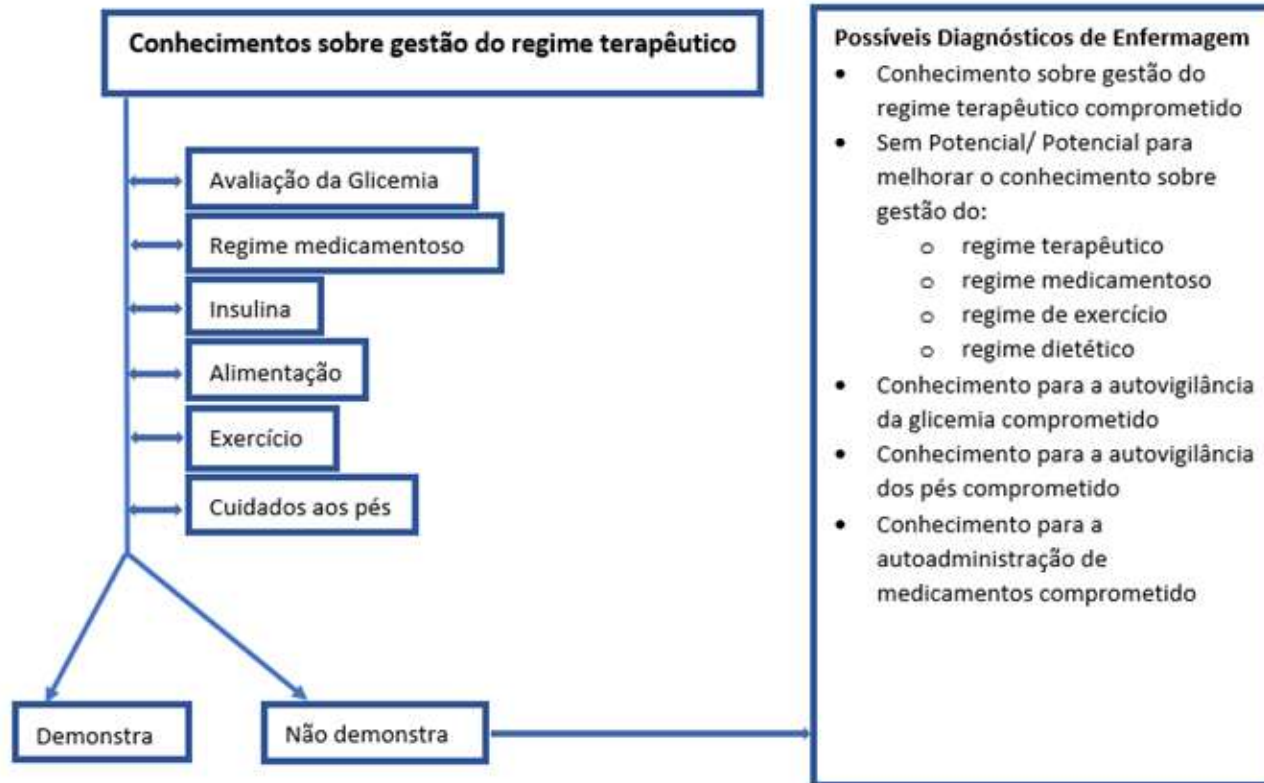
20	Tem conhecimento adequado sobre insulino terapia	Sim	Não
21	Tem capacidade para gerir a insulino terapia	Sim	Não
		Se não, quem gere?	
22	Tem acesso aos recursos necessários para gerir a insulino terapia	Sim	Não
23	Quer gerir a insulino terapia	Sim	Não
Alimentação			
24	Tem conhecimento sobre alimentação na DM?	Sim	Não
25	Tem capacidade para gerir a alimentação?	Sim	Não
		Se não, quem gere?	
26	Tem acesso aos recursos necessários para gerir a alimentação	Sim	Não
27	Tem vontade de gerir a alimentação	Sim	Não
28	Cozinha as suas refeições	Sim	Não
		Se não, quem cozinha?	
29	Faz as suas compras	Sim	Não
		Se não, quem faz?	
Exercício físico			
30	Tem conhecimento sobre exercício físico na DM?	Sim	Não
31	Tem capacidade para realizar exercício físico	Sim	Não
32	Tem acesso a recursos para realizar exercício físico	Sim	Não
33	Quer realizar exercício físico.	Sim	Não
Cuidados aos pés			
34	Tem conhecimento sobre cuidados aos pés na DM?	Sim	Não

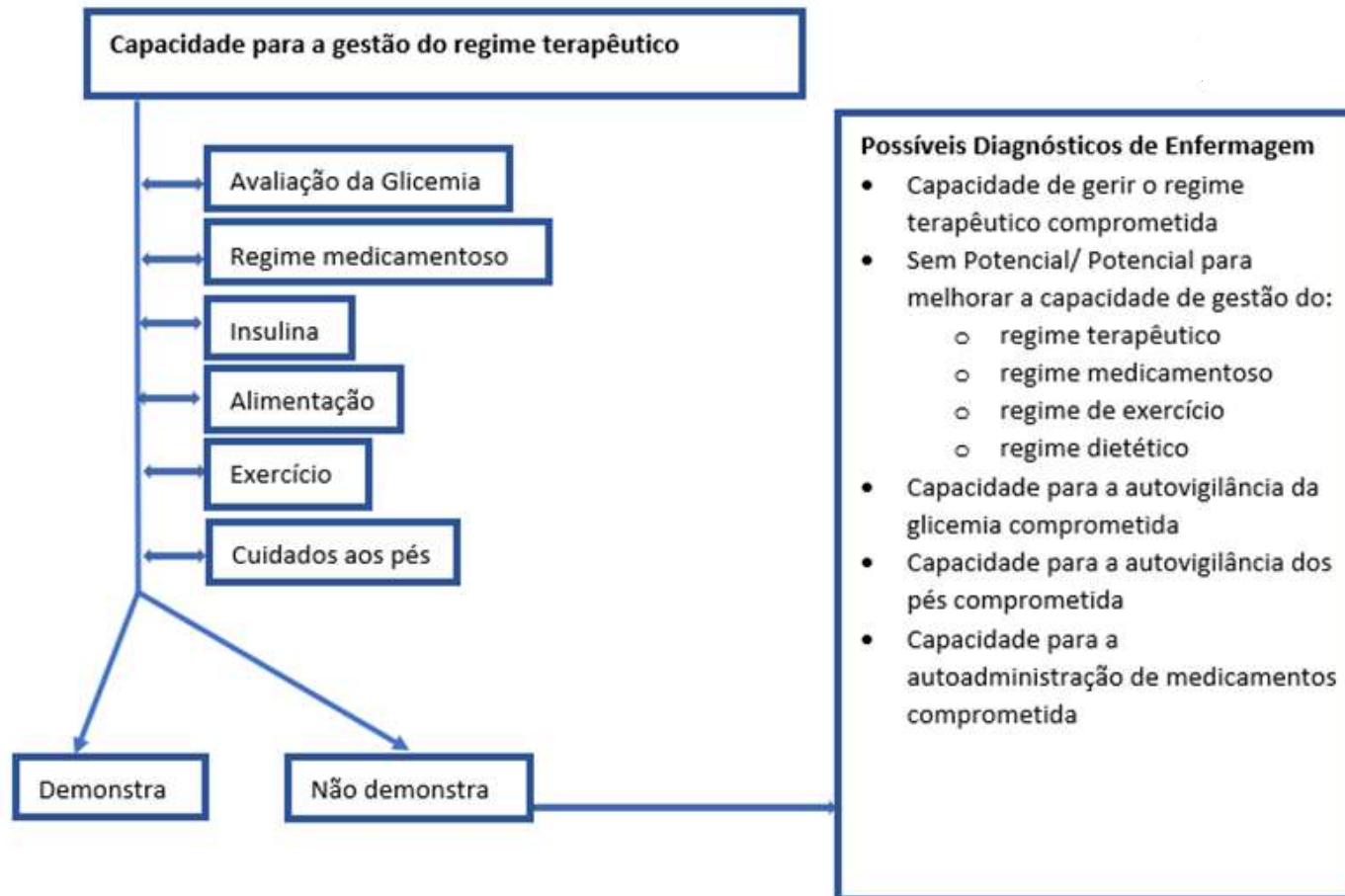


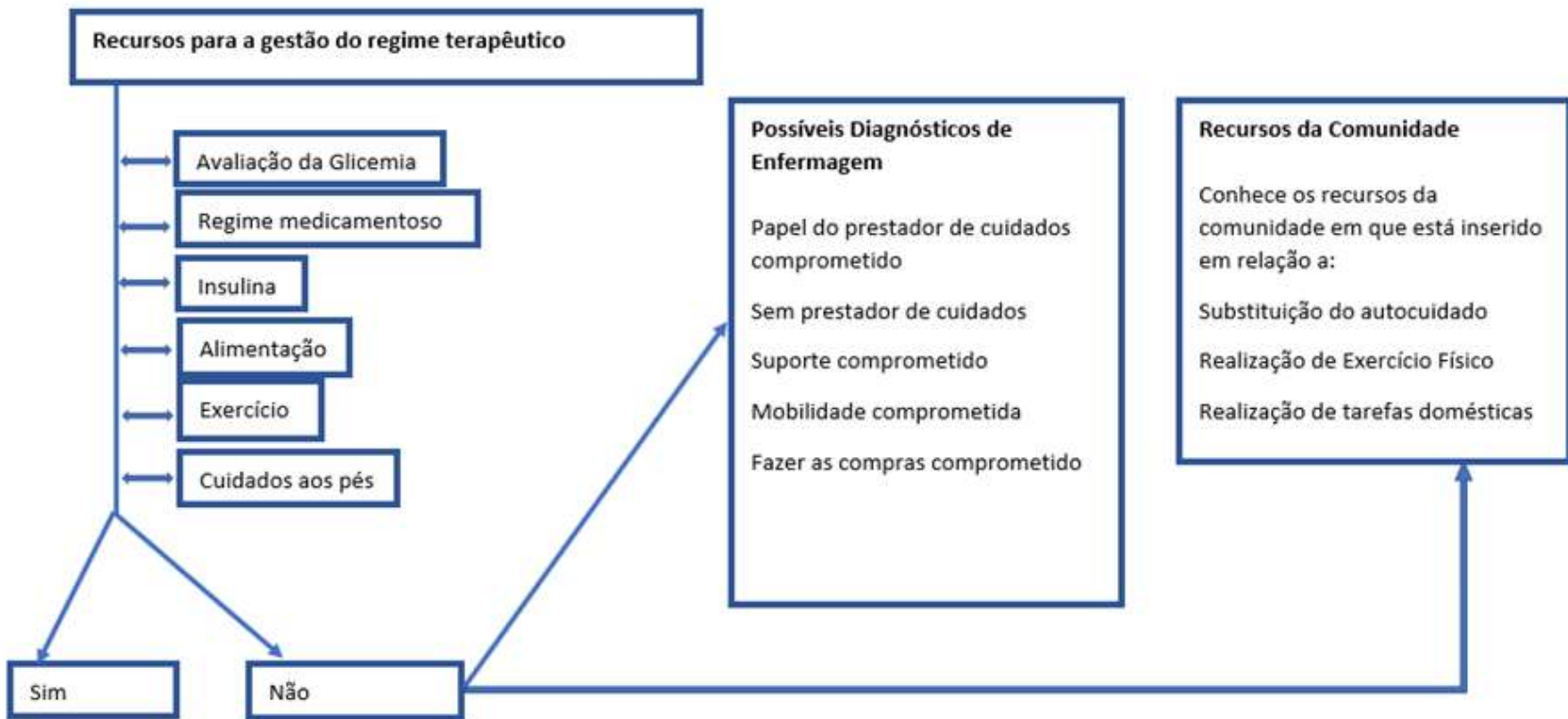
35	Tem capacidades para realizar os cuidados aos pés na DM?	Sim	Não	
		Se não, quem realiza?		
36	Tem os recursos necessários para realizar os cuidados aos pés?	Sim	Não	
37	Quer cuidar/vigiar os seus pés?	Sim	Não	
Comportamento de procura de saúde				
38	Vai a todas as consultas agendadas.	Sim	Não	
39	Se não, porquê.	Custo da deslocação	Mobilidade difícil	
		Incompatibilidade com a equipa	Sem transporte	
		Muitas consultas	Sem acompanhante	
		Tempo despendido	Outro (qual?)	
40	Quando necessita de algo relacionado com a gestão da Diabetes, a quem recorre?	Enfermeira do Projeto		
		Enfermeira(o) de família	Médica(o) de família	
		Endocrinologista	Outro (Quem)	
41	Consegue contactar a sua equipa de saúde com facilidade.	Sim	Não	
42	Consegue contactar a equipa do Projeto com facilidade.	Sim	Não	
Perceção do estado de saúde e da gestão do regime terapêutico				
43	Sente que a gestão da sua diabetes está melhor, pior ou igual desde que entrou para o Projeto	Melhor	Pior	Igual

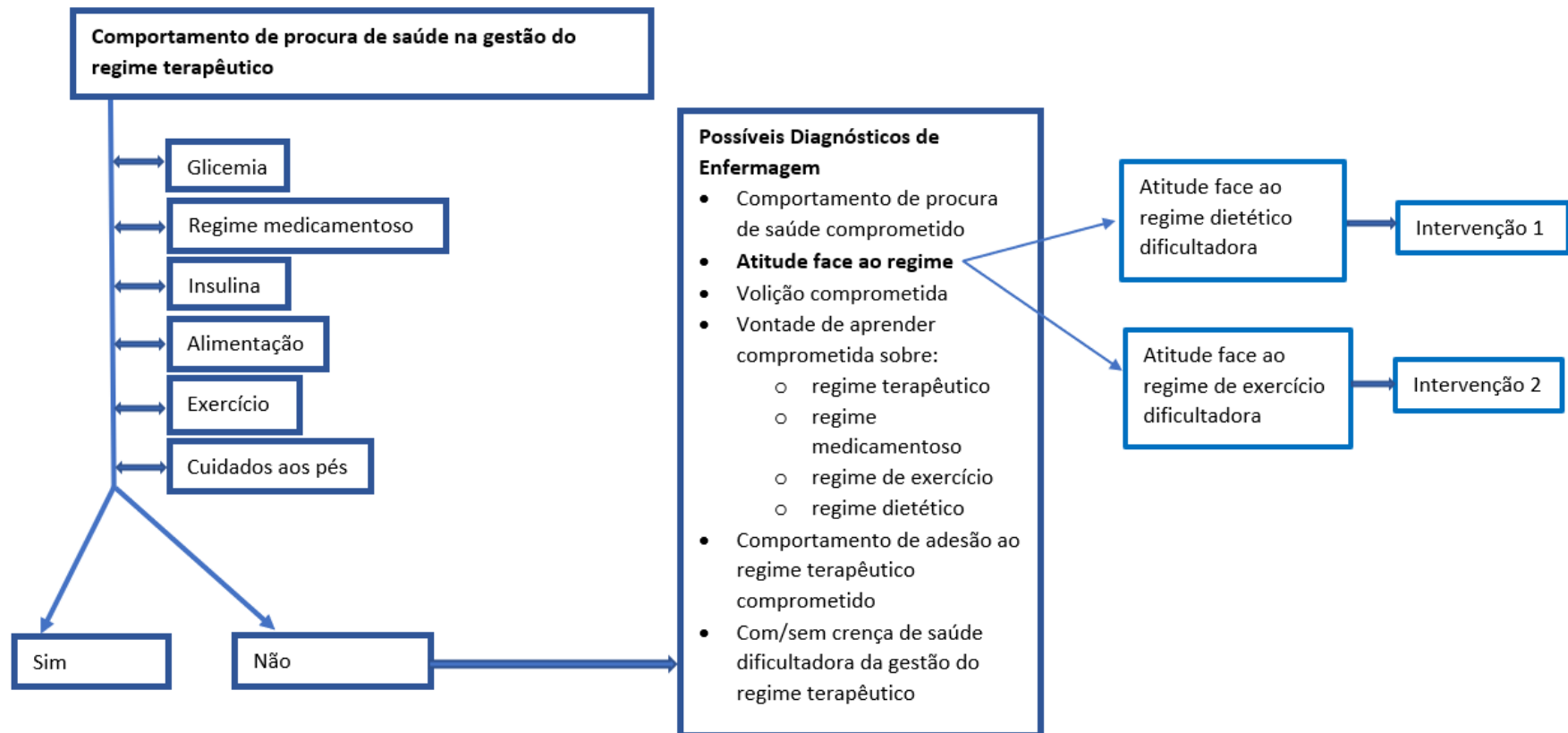
Apêndice II - Árvore de Decisão Diagnóstica e intervenção

Árvore de Decisão Diagnóstica na Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes









Intervenção 1 – Atitude face ao regime dietético dificultadora

- Realização de visita/consulta de enfermagem
- Conversa informal com o utente sobre
 - Benefícios da alimentação saudável
 - Controlo da glicemia
 - Aumento da esperança média de vida
 - Aumento dos anos de vida com saúde
 - Atraso no surgimento de complicações da Diabetes
 - Atraso de complicações de outras doenças cardiovasculares
 - Consequências para a saúde de um regime alimentar não adequado
 - Complicações da DM
 - Cardiopatia
 - Retinopatia
 - Neuropatia
 - Nefropatia
 - Diminuição da qualidade de vida
- Adaptação do regime dietético ideal ao dia-a-dia do utente
 - Como se alimentar fora de casa
 - O que ter em casa
 - O que evitar comprar
- Fatores dificultadores de adesão ao regime alimentar
 - Refeições fora de casa
 - Gostos e preferências
 - Hábitos desajustados
 - Crenças erróneas
- Fatores facilitadores da adesão ao regime alimentar
 - Envolvimento do agregado familiar no regime alimentar
 - Fornecer opções de alternativas saudáveis para refeições fora do domicílio
- Agendamento de consulta de nutrição, se necessário
- Agendamento de consulta de enfermagem de follow-up
 - Validar as escolhas saudáveis
 - Incentivar o utente a manter as escolhas já realizadas

- Oferecer alternativas saudáveis
- Enfatizar os ganhos em saúde

Intervenção 2 – Atitude face ao regime de exercício dificultadora

- Realizar visita/consulta de enfermagem
 - Conversa informal com o utente para discussão de:
 - Sedentarismo e suas consequências
 - Motivação
 - Capacidade para a realização de exercício físico
 - Fatores dificultadores para a realização de exercício
 - Imagem corporal
 - Desânimo
 - Desconforto físico
 - Isolamento
 - Desconhecimento dos recursos da comunidade
 - Fatores facilitadores para a realização de exercício
 - Recursos da comunidade
 - Benefícios para a saúde
 - Manutenção de um diário de ganhos em saúde
 - Elaboração de metas para melhoria de mobilidade
 - Disponibilização de informação dos recursos da comunidade para a prática de exercício na área de residência do utente
 - Listagem de locais para realização de exercício físico
- Agendamento de sessão com a Fisioterapia do projeto
- Agendamento de consulta de enfermagem de follow-up
 - Validar o exercício já realizado
 - Incentivar o utente a manter o que alcançou
 - Enfatizar os ganhos em saúde

Apêndice III – Apresentação do Diagnóstico de Saúde

DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E DIFÍCIL GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Por
Rafaela Fragoso

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área
de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa

Sumário

1. Contextualização do estudo
2. Diagnóstico de saúde
3. Necessidades e sua priorização
4. Planeamento da intervenção

Contextualização do estudo

Estudo realizado no contexto da unidade curricular Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde do Porto.

- Sob orientação do Professor Doutor Armando Almeida
- Realizado numa UCC da região norte de Portugal
- Enquadrado no Projeto de Enfermagem para a Gestão do Regime Terapêutico em doentes com Diabetes Mellitus

Contextualização do estudo

A Diabetes Mellitus: doença com aumento de incidência em Portugal

- Inserida na epidemia de doenças não transmissíveis, com intervenção planeada no PNS 2021/2030
- A gestão eficaz do regime terapêutico surge como uma dificuldade para os diabéticos, pela exigência e pela responsabilidade de uma autogestão cuidada e contínua.
- A mudança de hábitos surge como uma contrariedade, muitas vezes dificultada por
 - crenças em saúde erróneas,
 - não aceitação do estado de saúde
 - complexidade da própria gestão da doença em todas as suas dimensões.

Projeto de Enfermagem



A UCC acompanha, no momento, 50 utentes. Existem 3 critérios de inclusão no projeto:

- Utesentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) da área geográfica de intervenção do ACES
- Idades superiores a 18 anos
- Utesentes com DM tipo 2 com Hemoglobina glicada (HbA1c) ≥ 8 e:
 - Gestão do regime terapêutico comprometido há o adesão ao regime terapêutico há pelo menos 9 meses
 - Ou
 - Utesentes com DM/ prestadores de cuidados com défice de conhecimentos/capacidade de nível da terapêutica já teve DM tipo 2.

O Projeto de Enfermagem acompanha estes doentes, intervindo no aumento do nível de literacia em saúde na gestão do regime terapêutico e na capacitação do utente e/ou cuidador para o autocuidado na diabetes.

Pertinência do estudo

Surge a questão sobre as necessidades sentidas por estes utentes na gestão da sua doença.

Pretendeu-se investigar a capacidade que os utentes inseridos no Projeto de Enfermagem têm para o autocuidado e a gestão do regime terapêutico nas dimensões do

- Conhecimento,
- Capacidade,
- Recursos
- Volição
- bem como o impacto que o projeto tem na adesão ao regime terapêutico dos utentes.



Realizou-se, então, um estudo descritivo exploratório, com base na metodologia do planeamento em saúde.



Questão de investigação

Quais as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem dos utentes diabéticos com difícil gestão do regime terapêutico?

População e Amostra

A população deste estudo são os utentes diabéticos inscritos nas unidades funcionais da área de abrangência da UCC, com compromisso na gestão do regime terapêutico

A amostra é representada pelos utentes diabéticos abrangidos pelo Projeto de Enfermagem até 30 de setembro de 2021, com os seguintes critérios de inclusão

- Critérios de inclusão no Projeto de Enfermagem
- Aceitação de participação no estudo;
- Ter capacidade de interação e de resposta às questões colocadas

Da população inicial de 55 utentes (50 ativos e 5 com alta recente), 21 utentes não tinham capacidade de interação, ou recusaram, ou faltaram por 2 vezes, ou não atenderam o telefone por 3 dias em horários diferentes, ficando uma **amostra de 34 utentes**.



A recolha de dados foi feita através de entrevista baseada em árvore de decisão diagnóstica, com preenchimento do instrumento de recolha de dados pela estudante, e abrangeu os seguintes domínios:

- Características sociodemográficas;
- Dependência do doente;
- Facilidade de acesso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP)
- Informações sobre gestão do regime terapêutico no âmbito do conhecimento, capacidade, volição e recursos na:
 - Avaliação de glicemia
 - Gestão de regime medicamentoso
 - Estilo de vida (alimentação e exercício físico)
 - Autovigilância dos pés

Diagnóstico de saúde

Características Sociodemográficas



62% do sexo feminino



idade entre os 53 e os 89 anos



Baixa escolaridade.



59% com o cônjuge
27% sozinhos
apenas 12% tem cuidador



Diagnóstico de saúde

Tempo no projeto



Média de 10 meses
De 22 a 4 meses



Tratamento da DM



77% Sob ADO e Insulina

68% Realiza PGC
32% utiliza Sensor



Método de avaliação glicêmica

Diagnóstico de saúde



Avaliação da glicemia

Conhecimento: 18% apresenta déficit
 Capacidade: 15% não a tem, substituídos no AC pelos cônjuges, filhos ou cuidadores
 Recursos: Custo dos sensores, elevado para 12%
 Volição: 97% com volição adequada para o controlo glicémico.

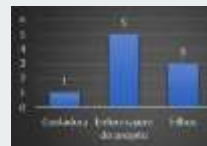


Diagnóstico de saúde

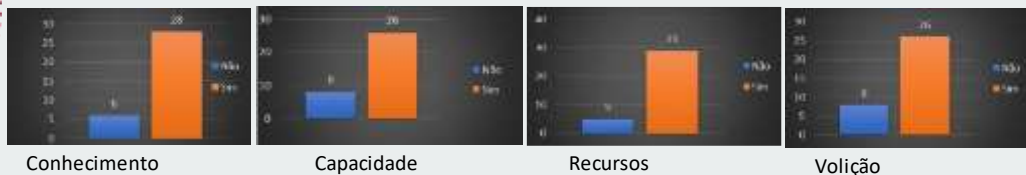


Gestão do regime medicamentoso

Realizada por 73,5% dos utentes, 26,5% é gerido por outros
 Maioritariamente gerido pela enfermagem do Projeto



Conhecimento: apresentado por 82%
 Capacidade: apresentada por 77%
 Recursos: Existentes para 85%
 Volição: adequada em 82%



Diagnóstico de saúde



Alimentação

Confeção realizada por 68% dos utentes
28% realiza as refeições em restaurantes

Conhecimento: apresentado por 100%
Capacidade: apresentada por 94%
Recursos: Existentes para 94%
Volição: adequada apenas em 73,5% dos utentes



Conhecimento



Capacidade



Recursos



Volição

Diagnóstico de saúde



Exercício físico

Conhecimento: apresentado por 100%
Capacidade: apresentada por 68%
Recursos: Existentes para 82%
Volição: adequada apenas em 44% dos utentes



Conhecimento



Capacidade



Recursos



Volição

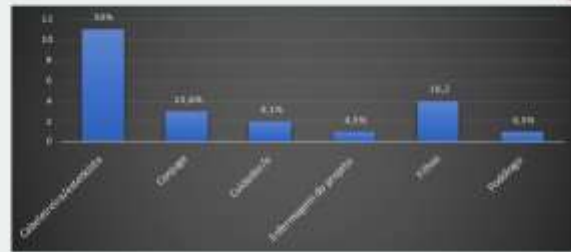
Diagnóstico de saúde



Cuidados aos pés

Gerida por terceiros (65%)
Utentes com receio de falhar

Conhecimento: apresentado por 100%
Capacidade: apresentada por 44%
Recursos: Existentes para 96%
Volição: adequada em 79% dos utentes



Conhecimento



Capacidade



Recursos



Volição

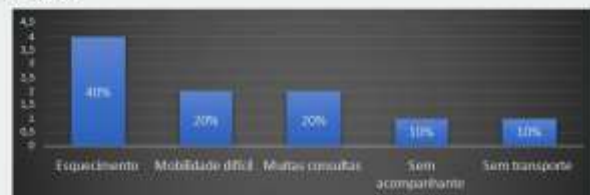
Diagnóstico de saúde



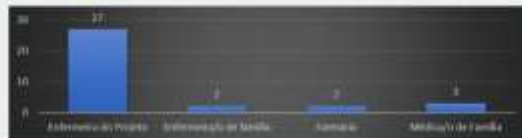
Comportamento de procura de saúde

21% não vai a todas as consultas

Recurso maioritário à enfermagem do projeto sempre que necessário.



Porque falta às consultas?

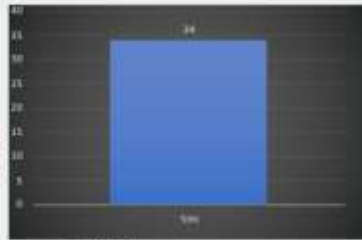


Elemento de referência na equipa de saúde

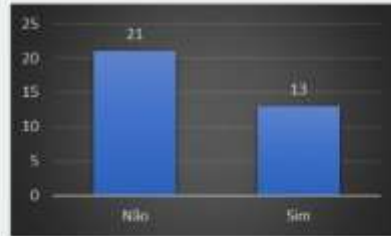
Diagnóstico de saúde



Contacto com a equipa de saúde



Facilidade em contactar a enfermagem do projeto



Facilidade em contactar a restante equipa de saúde

Necessidades identificadas

- P1 – Aspectos relacionados com volição
- P2 - Aspectos relacionados com capacidade
- P3 - Aspectos relacionados com recursos
- P4 – Aspectos relacionados com conhecimento
- P5 - Aspectos relacionados com isolamento social
- P6 - Aspectos relacionados com acesso aos CSP



Critérios de Magnitude, Vulnerabilidade, Exequibilidade e Aceitabilidade

Ordem	Necessidade	Ponderação
1	P1 – Aspectos relacionados com volição	17
2	P2 - Aspectos relacionados com capacidade	16
3	P4 – Aspectos relacionados com conhecimento	7
4	P6 - Aspectos relacionados com acesso aos CSP	4
5	P3 - Aspectos relacionados com recursos	0
6	P5 - Aspectos relacionados com isolamento social	0

Priorização pelos profissionais

Ordem	Necessidade	Ponderação
1	P1 – Aspectos relacionados com volição	6
2	P6 - Aspectos relacionados com acesso aos CSP	5
3	P4 – Aspectos relacionados com capacidade	4
4	P3 - Aspectos relacionados com recursos	4
5	P2 - Aspectos relacionados com conhecimento	3
6	P5 - Aspectos relacionados com isolamento social	3

Priorização pelos utentes

Planeamento da Intervenção

Após a obtenção dos dados do estudo realizado e análise dos mesmos, foi priorizada a necessidade dos aspetos relacionados com a volição.

Os dados mostram-nos que os utentes têm o conhecimento necessário, a maioria tem a capacidade, mas falta-lhes a volição para a mudança de comportamento para uma adequada gestão do regime terapêutico. De acordo com a árvore de decisão diagnóstica, os diagnósticos de enfermagem que surgem como prioritários são:

- Atitude face ao regime dietético dificultadora
- Atitude face ao regime de exercício dificultadora

Planeamento da Intervenção

Objetivo geral

- Aumentar a adesão ao regime terapêutico;

Objetivos específicos

- Melhorar a atitude face ao regime de exercício dificultadora ;
- Melhorar a atitude face ao regime dietético dificultadora ;
- Aumentar o comportamento de procura de saúde

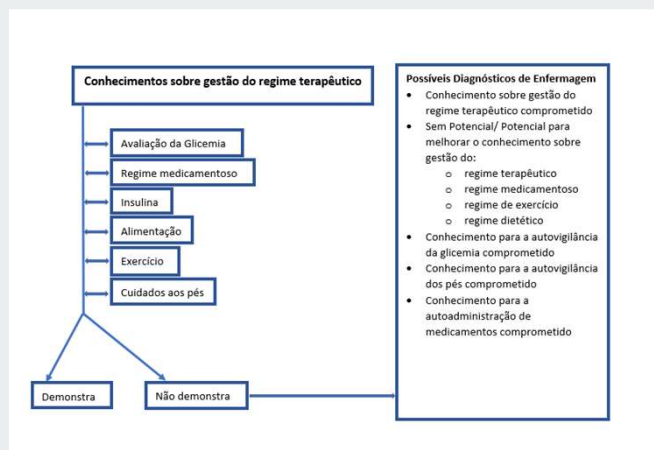
Planeamento da Intervenção

Estratégias a curto prazo

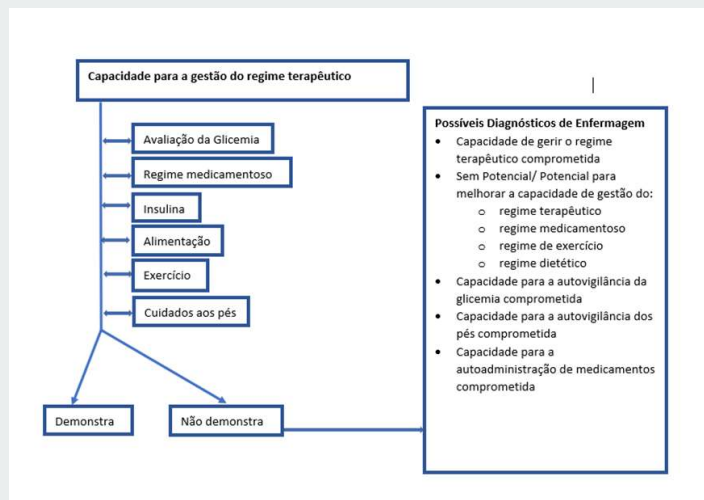
A curto prazo defino estratégias a serem implementadas no espaço temporal do estágio:

- Divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde à equipa do projeto
- Divulgação da árvore de decisão diagnóstica
- Sugestão de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na área da mudança de estilo de vida e adesão ao regime terapêutico
- Sugestão de intervenção no apoio às mudanças de estilo de vida

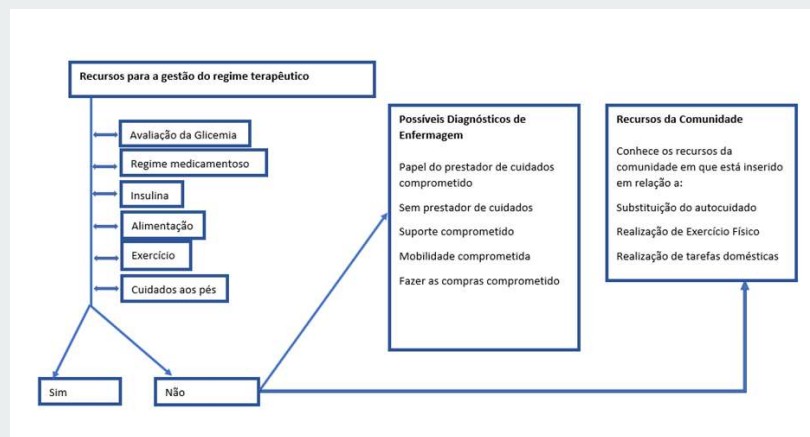
Árvore de decisão diagnóstica na gestão do regime terapêutico da DM



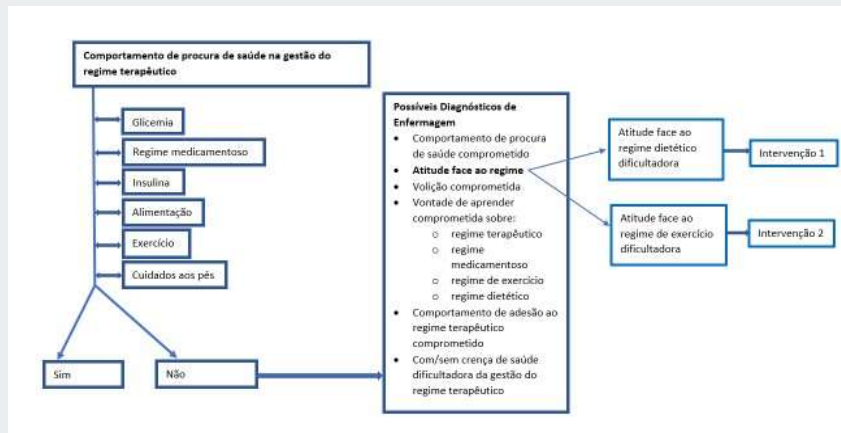
Árvore de decisão diagnóstica na gestão do regime terapêutico da DM



Árvore de decisão diagnóstica na gestão do regime terapêutico da DM



Árvore de decisão diagnóstica na gestão do regime terapêutico da DM



Árvore de decisão diagnóstica na gestão do regime terapêutico da DM

Intervenção 1 - Atitude face ao regime dietético dificultadora

- Realização de visita/consulta de enfermagem
- Conversa informal com o utente sobre
 - Benefício da alimentação saudável
 - Controlo da glicemia
 - Aumentada esperança de vida
 - Aumentados anos de vida com saúde
 - Atraso no surgimento de complicações do Diabetes
 - Atraso de complicações e outras doenças cardiovasculares
 - Consequência para a saúde de um regime alimentar não adequado
 - Complicações da DM
 - Cardiopatia
 - Retinopatia
 - Neuropatia
 - Nefropatia
 - Diminuição da qualidade de vida
- Adaptação do regime dietético de acordo com o dia-a-dia do utente
 - Como se alimenta fora de casa
 - O que tem em casa
 - O que evitar comprar
- Fatores dificultadores da adesão ao regime alimentar
 - Refeições fora de casa
 - Gostos e preferências
 - Hábitos desajustados
 - Crenças erróneas
- Fatores facilitadores da adesão ao regime alimentar
 - Envolvimento agregado familiar no regime alimentar
 - Fornecer opções alternativas saudáveis para refeições fora do domicílio
- Agendamento de consulta de nutrição, se necessário
- Agendamento de consulta de enfermagem de follow up
 - Validar as escolhas saudáveis
 - Incentivar o utente a manter as escolhas realizadas
 - Oferecer alternativas saudáveis
 - Enfatizar os ganhos em saúde

Árvore de decisão diagnóstica na gestão do regime terapêutico da DM

Intervenção 2 – Atitude face ao regime de exercício dificultadora

- Realizar visita/consulta de enfermagem
 - Conversa informal com o utente para discussão de:
 - Sentarismo e suas consequências
 - Motivação
 - Capacidade para a realização de exercício físico
 - Fatores dificultadores para a realização de exercício
 - Imagem corporal
 - Desânimo
 - Desconforto físico
 - Isolamento
 - Desconhecimento dos recursos da comunidade
 - Fatores facilitadores para a realização de exercício
 - Recursos da comunidade
 - Benefícios para a saúde
 - Manutenção de um diário de ganhos em saúde
 - Elaboração de metas para melhoria de mobilidade
 - Disponibilização de informação dos recursos da comunidade para a prática de exercício na área de residência do utente
 - Listagem de locais para realização de exercício físico
- Agendamento de sessão com a Fisioterapia do projeto
- Agendamento de consulta de enfermagem de follow-up
 - Validar o exercício já realizado
 - Incentivar o utente a manter o que alcançou
 - Enfatizar os ganhos em saúde

Planeamento da Intervenção

Estratégias a médio e longo prazo

Estratégias a serem implementadas para além do espaço temporal do estágio:

- Elaboração/revisão de procedimentos de atuação para apoio às mudanças de estilo de vida;
- Implementação da árvore de decisão diagnóstica para avaliação e prescrição de cuidados;
- Contabilizar as horas de enfermagem utilizadas para trabalhar a volição e mudança de comportamentos dos utentes;
- Avaliação do impacto da implementação da árvore de decisão diagnóstica e partilha dos resultados com a direção;
- Avaliação do impacto da implementação do procedimento de atuação no apoio às mudanças de estilo de vida e partilha dos resultados com a direção;
- Analisar os ganhos efetivos em saúde obtidos.

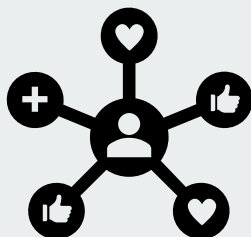
Conclusão

- 🎯 A volição comprometida é o maior problema na gestão do regime terapêutico em doentes crónicos.
- 🎯 Os utentes inseridos no projeto têm o conhecimento, recursos e capacidade para gerir o regime terapêutico, mas apresentam **Atitude face ao regime dietético dificultadora e Atitude face ao regime de exercício dificultadora** para o fazer.
- 🎯 A existência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que demonstrem o trabalho realizado, os resultados e os subsequentes ganhos em saúde, são uma prioridade para dar visão ao que a enfermagem pode alcançar com a implementação de cuidados de proximidade.

Conclusão

- 🎯 Verificou-se que o projeto de enfermagem **tem impacto positivo na melhoria da adesão** ao regime terapêutico, podendo ter um impacto ainda maior se fosse dotado de mais horas de enfermagem.
- 🎯 As necessidades identificadas nos utentes são supridas pela enfermagem do projeto, quando deveriam ser colmatadas pelas próprias USF em que os utentes estão inseridos, ou até por respostas sociais adequadas.
- 🎯 O projeto colmata falhas existentes na base dos CSP, falhas essas que teriam solução com uma dotação adequada de enfermagem nos CSP.

Obrigada pela atenção!



Informação detalhada disponível na newsletter no seguinte link:

<https://sway.office.com/lwZlxEMK4ty70GQg?ref=Link>

Rafaela Fragoso